

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE

N° 18

*Travail de la Clinique Chirurgicale
de M. le Professeur MASSABUAU*

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES

Symptômes lombaires
DE
l'appendicicite rétro-cæcale aiguë

THESE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier
Le 22 juillet 1935

PAR

KARIME DJAMCHIDI

Né à Pahlavi (Perse) le 8 janvier 1906
ASSISTANT ÉTRANGER DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE
DE MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSABUAU
DIPLOMÉ D'HYGIÈNE ET D'E. PH.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ
(MENTION MÉDECINE)

Examineurs
de la thèse

MM. MASSABUAU, professeur, *président*.
LAUX, professeur.
GUIBAL, agrégé.
BAUMEL, agrégé.

assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE LA PRESSE
Rue Jardin-Martel

1935

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE

N° 18

*Travail de la Clinique Chirurgicale
de M. le Professeur MASSABUAU*

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES

Symptômes lombaires
DE
l'appendicite rétro-cæcale aiguë

THESE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier
Le 22 juillet 1935

PAR

KARIME DJAMCHIDI

Né à Pahlavi (Perse) le 8 janvier 1906

ASSISTANT ÉTRANGER DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE
DE MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSABUAU
DIPLOMÉ D'HYGIÈNE ET D'E. PH.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ
(MENTION MÉDECINE)

Examineurs
de la thèse

MM. MASSABUAU, professeur, président.
LAUX, professeur.
GUIBAL, agrégé.
BAUMEL, agrégé.

assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE LA PRESSE
Rue Jardin-Martel

1935

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

MM.

Anatomie	J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	HEDON
Chimie biologique et médicale	CRISTOI
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique	GRYNFELT
Microbiologie	LISBONNE
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	GIRAUD
Clinique médicale	VIRE, assesseur.
	RIMBAUD
Clinique chirurgicale	MASSABUAU
	RICHE
Clinique obstétricale	P. DELMAS
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE, doyen
Clin. des malad. des enfants et hyg. du 1 ^{er} âge	LEENHARDT
Clinique de dermatosyphiligraphie	MARGAROT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU
Clinique gynécologique	LAPEYRE
Clinique ophtalmologique	VILLARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	TERRACOL
Matière médicale (Ch. de c.)	CABANNES
Radiologie (Ch. de c.)	LAMARQUE
Anatomie (Ch. de c.)	LAUX
Histologie (Ch. de c.)	GRANEL

Honorariat

Doyen honoraire: M. MAIRET

Professeurs honoraires

MM. RODET, TEDENAT, MAIRET, VALLOIS

FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS et GALAVIELLE

Chargés de cours complémentaires

	MM.
Pathologie expérimentale	PAGES
Pathologie externe	AIMES
Médecine opératoire	SOUBEIRAN ag. libre
Accouchements	COLL DE CARRERA
Clinique phthisiologique	GAUSSEL, prof.
Clinique propédeutique médicale	BOULET
Clinique des maladies contagieuses	JANBON
Stomatologie	D ^r WATON

Agrégés en exercice

	MM.	AIMES
		MOURGUE-MOLINES.
MM. BOULET Chirurgie....	{	GUIBAL
		ROUX
		COLL DE CARRERA
Médecine	{	CARRERE
		BAUMEL Bactériologie.
		VIDAL

Examineurs de la thèse

MM. MASSABUAU, prof. prési
LAUX, professeur.

MM. GUIBAL, agrégé.
BAUMEL, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni imputation.



A MA FEMME

A LA MEMOIRE DE MON PERE ET DE MA MERE

A TOUS CEUX QUE J'AIME

A TOUS MES AMIS

K. D.

A MON JURY DE THESE

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. MASSABUAU

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

*Qui nous a inspiré ce travail et qui
nous a fait, en outre, le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

*En témoignage respectueux de notre
admiration et de notre profonde grati-
tude.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAUX

PROFESSEUR D'ANATOMIE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

K. D.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GUIBAL

PROFESSEUR AGRÉGÉ

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

*Nous ne saurons jamais oublier l'aide
et les précieux conseils qu'il nous a pro-
digués pour l'élaboration de notre travail.
Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage
de notre profonde reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BAUMEL

PROFESSEUR AGRÉGÉ

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE

K. D.

AVANT-PROPOS

Avant de commencer une vie nouvelle, il est juste, et très agréable, de penser à ceux dont le dévouement m'a permis d'atteindre le terme de la scolarité: je les remercie tous du fond du cœur.

Cependant, je ne pourrai pas oublier les années que je viens de passer toutes entières, en vue de perfectionnement dans le service de notre excellent maître, M. le professeur MASSABUAU qui a bien voulu me confier le poste d'assistant étranger et qui me fit aimer de plus en plus l'acte chirurgical. Ses leçons cliniques, dont la précision n'a d'égale que la rigueur scientifique, sont restées pour moi, un exemple et un modèle.

L'honneur que j'ai eu d'être admis à profiter de sa haute culture et de ses enseignements me font un devoir aujourd'hui de l'en remercier vivement.

La pensée d'être un de ses élèves m'est vraiment très douce. Vous me faites, mon cher maître, l'honneur de présider mon jury de thèse. Cela devrait suffire si je n'avais tant d'autres bonnes raisons de vous assurer ma reconnaissance infinie.

Je ne puis oublier cependant, M. le professeur agrégé GUIBAL qui fut pour moi, durant mon séjour dans le service un maître et un ami. C'est à lui que je dois mon premier pas dans ce nouveau chemin qui est le but de ma vie tout entière; je lui en suis reconnaissant. Il m'a toujours aidé

et accueilli avec une sympathie active et il n'a jamais cessé d'être pour moi le plus précieux des amis. Je vous prie de croire, mon cher Maître, à mon très affectueux dévouement.

A M. le professeur CRISTOL, dont je dois mon peu d'enseignement de chimie clinique, qu'il veuille accepter tous mes remerciements.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES SYMPTOMES LOMBAIRES DE L'APPENDICITE RETRO-CÆCALE AIGUE

5

INTRODUCTION

Depuis deux ans et demi, nous avons assisté dans le service de notre maître, M. le professeur MASSABUAU, à l'opération de soixante-cinq appendicites rétro-cœcales. Parmi eux, cinquante cas se sont présentés au point de vue clinique comme une appendicite banale et classique dont la situation anatomique rétro-cœcale a été une constatation opératoire. Par contre, les quinze cas se sont manifestés cliniquement par une symptomatologie lombaire plus ou moins variable. Voici, parmi ces cas, un dont le diagnostic fut porté par le service de garde pour un phlegmon périnéphrétique et qui fut présenté à notre maître, M. le professeur MASSABUAU qui posa le diagnostic d'une appendicite rétro-cœcale aiguë, confirmé peu après par l'opération.

Ce cas a donné l'idée à notre maître, M. le professeur MASSABUAU, de nous confier par sa bienveillance, le sujet de cette thèse. Quant aux autres cas, nous les relaterons à la fin de notre travail.

Observation I. (Inédite). — Il s'agit d'un garçon de dix-huit ans pris brusquement, dans la journée du 21 avril 1932, d'une violente douleur dans la partie droite de l'abdomen, sans qu'il puisse préciser le siège exact de la douleur qui s'est irradiée vers la région lombaire droite. Pas de vomissements, ni de nausées, pas de selles, mais émission de quelques gaz. Vu la persistance de la douleur, il rentre à l'hôpital. Pas de crises antérieures.

Examen. — Dès son entrée, nous constatons: le ballonnement modéré de l'abdomen, assez bon état général, la température est 37°, le pouls est à 75-80. A la palpation, on révèle une défense musculaire généralisée avec l'hypéresthésie cutanée. Une douleur très variable au Mac-Burney: tantôt extrêmement douloureuse, tantôt absolument indolore. La région lombaire est douloureuse à la pression, sans qu'il y ait une voussure. Le foie est normal. On prescrit la glace sur le ventre, de la morphine et un régime liquide.

Le 22 avril, les phénomènes douloureux prédominent nettement dans la région lombaire droite avec la contraction, qui n'admet aucune pression manuelle, aussi légère qu'elle soit. La température est à 38 le soir, le pouls est à 90. Urines abondantes et limpides. On pense à un phlegmon périnéphrétique, en évolution et on continue le traitement médical.

Le 23 avril, le malade a été présenté à M. le professeur MASSABUAU qui a posé le diagnostic d'une appendicite aiguë rétro-cæcale.

Le 24 avril, disparition de la douleur lombaire, mais le point de Mac-Burney reste légèrement sensible, sans défense musculaire.

Le 25 avril. Disparition complète des phénomènes douloureux, et refroidissement de la crise aiguë.

Opération. — Par M. le professeur MASSABUAU, le 2 mai, sous anesthésie générale à l'éther (Ombredanne). Incision Jalaguier agrandie de 8 centimètres vers en haut.

Exploration. — A l'ouverture du péritoine et extériorisation du cæcum, on constate que l'appendice est entièrement rétro-cæcal. Grosse difficulté pour le voir et l'extérioriser. On aperçoit la pointe qui repose vers en bas, le reste de l'organe est masqué par des adhérences.

Conduite opératoire. -- Après la dissection des adhérences, on voit que l'appendice est replié sur lui-même, en canon de fusil, et adhère à la paroi cæcale postérieure. Ligatures après les hémostases par plusieurs pinces. Ligature de l'appendice, section au thermo et carbonisation du moignon sans enfouissement. Fermeture de la paroi en trois plans : le péritoine, l'aponévrose, la peau.

Suites opératoires. -- Le 12 mai, ablation des agrafes, pas de suppuration et le malade sort guéri quatre jours après. L'examen anatomo-pathologique montre qu'il s'agissait d'une appendicite folliculaire aiguë avec une séreuse congestionnée.

Ainsi, les particularités cliniques et les difficultés de diagnostic de ce cas d'appendicite rétro-cæcale nous a donné l'occasion de reprendre l'étude d'ensemble de cette question, en nous basant sur les 165 observations plus ou moins récentes, dont 65 nous sont personnelles. N'ayant pas une place suffisante pour pouvoir relater toutes les observations, nous nous contenterons d'une étude d'ensemble sur la pathologie spéciale de l'appendicite rétro-cæcale tout en citant quelques cas.

HISTORIQUE

L'étude de l'appendicite rétro-cæcal n'a pris que depuis peu d'années, la place qu'elle mérite et que justifient sa fréquence, son diagnostic difficile, ainsi que les particularités de son évolution. C'est une variété d'appendicite qui prend une importance telle, qu'on peut lui reconnaître une individualité anatomique et pathologique. Longtemps, ces formes rétro-cæcales ne furent reconnues qu'à la suite de leurs complications telles que : les spoïtis, les suppurations

lombaires, les abcès sous-hépatiques, et sous phréniques, qui étaient dus assurément, dans leur grande majorité, à une appendicite rétro-cœcale suppurée, méconnue pendant la vie du malade et découverte seulement à la nécropsie. C'est surtout dans ces formes postérieures que la disproportion entre la bénignité apparente des symptômes et l'étendue des dégâts anatomiques est la plus marquée. C'est ainsi qu'on peut lire dans les cliniques de GRISOLLE, de TROUSSEAU, de DUPUYTREN, de MENIER (1928), la description de phlegmons iliaques se rapportant sans aucun doute à des appendicites rétro-cœcales, non encore classées dans les cadres norologiques de l'époque. Lorsque plus tard, les formes cliniques de l'appendicite furent individualisées, l'attention des chirurgiens fut encore mise en éveil par une série de complications survenant au cours de syndromes appendiculaires bâtarde. Il s'agissait dans bien des cas, d'appendicites rétro-cœcales dans lesquelles l'absence apparente des signes classiques ou leur atténuation, inspirait une fausse sécurité. C'est ainsi que GANGOLPHE put, en 1894, signaler pour la première fois (*Lyon Médical*), le rôle de l'appendicite dans le développement de certains proïtis. KIEN, de Philadelphie, rapporte à la même époque, la constatation nécropsique d'un abcès lombaire en connexion immédiate avec un appendice perforé appliqué à la face postérieure du colon. Bien que LOCKWOOD dans son traité de l'appendicite, et SCHWARTZ eussent également apporté des observations nettes d'abcès lombaires d'origine appendiculaire, il faut attendre jusqu'à la thèse de NICOD, en 1904, pour trouver le premier travail d'ensemble sur la question. C'est surtout l'Ecole Lyonnaise qui contribua à faire de l'appendicite rétro-cœcale, une entité clinique particulière. BÉRARD et VIGNARD insistèrent sur la physionomie particulière des suppurations rétro-cœcales intra-périto

néales d'origine appendiculaire (*Province Médicale*, 1907). Leurs élèves CAVAILLON et CHABANON précisent à leur suite les suppurations rétro-péritonéales de même origine. Dans les études ultérieures (en France: BERGASME, MÉRIEL, JALAGUIER, WALTHER, GUY-LAROCHE, LAQUIERE, CHAUNEAU, LANZ, DESPORTÉ, LECENE, COUDERT, GAUME, etc.) ;(à l'étranger. DE QUERVAIN, BERGMANN, HAY et MERTZ, etc.), l'appendicite à symptomatologie postérieure rétro-cæcale acquiert enfin son individualité et constitue dès lors, un chapitre qu'il n'est plus permis d'ignorer et dont la méconnaissance peut entraîner de graves méfaits.

A cet égard, nulle observation n'est plus démonstrative que celle de GAMBETTA (grand homme d'Etat, en 1882). Les symptômes étaient tellement vagues et paradoxaux, que, malgré l'opinion ferme de LANNELONGUE, d'une collection suppurée rétro-cæcale, il n'entraîna pas la conviction des éminents médecins qui le soignaient (CHARCOT, VERNEUIL et SIREDEYJ, et n'obtint pas la décision opératoire qu'il cherchait. Nuls documents ne sont aussi instructifs que la lettre adressée par CORNIL à LANNELONGUE, le 4 janvier 1883, après l'autopsie de Gambetta, et que les lignes qu'écrivit à ce sujet LANNELONGUE, plusieurs années après, dans ses cliniques chirurgicales (1905).

En somme, l'appendicite rétro-cæcale est loin d'être exceptionnelle. Il n'est pas de chirurgiens qui n'aient pas été frappés de la fréquence des appendices postérieures, profondément enfouis derrière le cæcum, découverts au cours de l'appendicectomie, sans qu'aucune constatation clinique n'ait permis de supposer pareille disposition anatomique. L'appendicite rétro-cæcale est une des formes les plus intéressantes et les plus graves de l'appendicite, tant au point de vue de son évolution particulière que des difficultés du diagnostic et du traitement.

CHAPITRE I

ANATOMIE

Développement de l'appendice vermiculaire

Pendant la période embryonnaire et les premiers temps de la vie fœtale, le cæcum (la portion moyenne de l'anse ascendante du tractus digestif de l'embryon), entièrement dépourvu de l'appendice est relativement beaucoup plus grand que chez l'adulte. Mais toutes ses parties n'ont pas la même destinée. La portion supérieure (celle qui avoisine l'orifice iléo-cæcal) se développe et s'élargit progressivement pour devenir le cœcum proprement dit, sa portion inférieure subit un arrêt de développement: elle se retrécit peu à peu, se transforme finalement en un petit tube cylindrique qui est l'appendice vermiculaire. Donc, l'appendice est une formation rudimentaire représentant la partie inférieure du cæcum qui ne s'est pas développée; ainsi, on l'appelle parfois le cæcum non développé. D'après LAFFORGUE (*Archives internationales d'anat. et physiol.*, 1893), cette différenciation est due à la disposition des trois bandes musculaires du cæcum: étant insérées au niveau de la racine du verminum, elles ferment plus ou moins par leur contraction l'entrée des matières dans la partie inférieure du cæcum, qui ne pouvant plus se dilater, cesse de se développer.

L'appendice est implanté d'abord au sommet du cæcum, au confluent des trois bandes musculaires, mais, par suite de l'extension prédominante de la paroi externe du cæcum au cours du développement, ce point d'implantation se dirige vers en haut et en dedans, et un peu en arrière: étant d'abord inférieur, il est devenu maintenant latéro-interne. Ainsi, on peut dire que chez l'adulte, il s'implante à deux ou trois centimètres au-dessous de l'angle iléo-cæcal, sur la partie inféro-interne du cæcum; aussi est-il dit appendice iléo-cæcal. Chez les sujets à cæcum très distendu et ptosé, l'appendice arrive ainsi à être refoulé de plus en plus en arrière, pour devenir rétro-cæcal: cela a été constaté chez près de 30 pour 100 des adultes opérés d'appendicite (BÉRARD et VIGNARD). Parfois, il peut s'engager dans l'épaisseur du mésentère; il semble alors inclus dans la paroi cæcale. Du point d'insertion naissent trois bandelettes musculaires du gros intestin: l'une sur la face antérieure et les deux autres sur les côtés de la face postérieure du cœcum. La bandelette antérieure se présente ordinairement la première à l'opération, il n'y a qu'à la suivre de haut en bas pour arriver sur la base de l'appendice, qu'il est ensuite facile de le découvrir dans toute son étendue. Cette notion si simple a une très grande valeur pratique, car elle permet d'arriver à l'appendice dans les cas où le cæcum ou l'appendice ne sont pas à leur place habituelle.

Situation et direction. — La situation de l'appendice peut être envisagée de deux façons :

A) *Situation de l'appendice dans l'abdomen suivant la position du cæcum,*

B) *Situation de l'appendice par rapport au cæcum.*

a) L'appendice à l'état normal, comme le cœcum auquel il est fixé, se trouve le plus fréquemment dans la fosse iliaque droite dans la loge cæcale.

La loge cæcale est constituée: en avant, par la paroi abdominale antérieure; en arrière et à droite par la paroi abdominale postérieure ou par les lombes; en bas, par la fosse iliaque interne (qui en forme comme le plancher). Cette loge, fermée en dehors, communique en haut et en dedans avec la cavité abdominale proprement dite et en bas, avec l'excavation pelvienne. Le cœcum, avec l'appendice repose sur le psoas iliaque, affleure par son bord interne les vaisseaux iliaques, remplit l'espace triangulaire situé entre les vaisseaux iliaques et l'arcade de Fallope. L'appendice rattaché au cæcum est forcé de le suivre dans ses déplacements. Le cæcum est susceptible, à part l'état normal, d'occuper trois positions: *supérieur, inférieur et interne*; d'où trois positions de l'appendice.

1°) *Position supérieure ou ectopique.* — Le cæcum et l'appendice sont situés au-dessus de leur place normale, dans la fosse lombaire droite, dont l'appendice peut occuper la région sous-hépatique péri-rénale, lombaire ou iliaque supérieure, rétro-cæcale. Le méso-appendiculaire est souvent bref, d'insertion élevée, ou même absent. Cette position haute, rare, s'observe surtout chez les enfants.

2°) *Position inférieure ou dystopique basse.* — Ici, la région cæco-appendiculaire est située plus bas qu'à l'état normal et déborde la ligne innommée pour faire saillie dans la cavité pelvienne (on l'observe de préférence chez les vieillards). Fréquence de cette situation observée : 18 pour 100 TREVE; 23 pour 100 ROBINSON.

3°) *Position interne ou dystopique interne.* — Dans cette variété, la descente de l'organe se fait vers la colonne ou

la fosse iliaque gauche. C'est une anomalie très rare et qui s'accompagne ordinairement de la transposition des viscères, mais pas dans tous les cas.

Voici quelques statistiques concernant la fréquence relative de ces positions :

Sur 100 cadavres d'enfants, LEGUEU a trouvé six fois le cæcum pré-rénal. TREVE a trouvé 2 fois sur 100 le cæcum appliqué contre le foie. TAREVENTZKY l'a vu 19 fois sur 65 sujets, c'est un peu exagéré. SCHIEFFERDECUER, au contraire n'a trouvé la position haute que deux fois sur 200 cas. ROBINSON sur 128 cas, n'en cite aucun. TUFFIER et JEANNE, qui ont étudié 133 cadavres n'ont trouvé que deux positions sus-iliaque ou haute. D'après ces statistiques, on peut admettre que la position haute est rare.

Comment expliquer ces différentes situations cæco-appendiculaires qui paraissent favoriser l'inflammation?

Si nous nous rappelons le développement du segment iléo-cæcal chez l'embryon, l'anse intestinale primitive est située dès le début sur la ligne médiane, puis la branche descendante, placée en avant et au-dessus de la branche ascendante se déjette à droite, tandis que celle-ci passe à gauche (origine de la position dystopique gauche). Plus tard, les deux branches se déplacent de 90 degrés, suivant une rotation autour de l'anse intestinale, pour se torde ensuite complètement l'une sur l'autre. A mesure que l'iléon s'allonge, ses anses repoussent en haut devant elles, le cæcum de gauche à droite. A ce moment, le cæcum se trouvera sous le foie. Le cæcum se continue presque sans coudure avec la colon transverse (appendice sous-hépatique). Puis le cæcum descend peu à peu le long du flanc droit, pour arriver au huitième mois de la vie fœtale dans la fosse iliaque droite. Suivant cette descente plus ou moins com-

plète, on aura une situation plus ou moins haute entre le foie et la loge cæcale, d'où fréquence des positions hautes chez les jeunes enfants (LEGUEU, VALLÉE). Inversement, quand le colon descendant s'allonge trop, le cœcum se plonge, soit au-dessous de d. s. et entre eux, l'appendice, ou dépasse la ligne médiane pour aller du côté gauche.

Cette migration en bas et à gauche est souvent la conséquence d'une ptose acquise soit du fait d'une paralysie par atonie musculaire, ou du fait d'une distension progressive chez les constipés chroniques ou chez les vieillards. Mais, chez les jeunes, elle répond plutôt à une inversion partielle ou totale des viscères, ou bien à une longueur et à une mobilité anormales du mésentère iléo-cæcal, non accolé.

Comment expliquer la position rétro-cæcale de l'appendice durant cette évolution. — La position rétro-cæcale ou rétro-colique de l'appendice s'explique surtout par le fait que, pendant l'autogénèse, l'appendice est soulevé et attiré vers la surface postérieure du cœcum par la traction qu'exerce le repli mésentérico-cæco-appendice gauche (postérieur), c'est-à-dire le futur méso-appendice, primitivement trop court par rapport à la croissance de l'appendice. Ainsi on voit à un certain moment l'appendice masqué par le cœcum ou le colon ou bien par le mésentère du colon et de la partie terminale de l'iléon; il suit tantôt une direction rectiligne, tantôt il est flexueux ou recourbé ou bien, il décrit une spirale. Cette position rétro-colique ou rétro-cæcale de l'appendice transitoire chez l'embryon, peut devenir permanente, si le péritoine recouvrant la face postérieure du côlon, du cœcum, de l'iléon ou de leur méso, se soude précocement à la séreuse de la paroi abdominale postérieure. Lorsque ces parties entrent en coalescence avec le péritoine pariétal, elles se fusionnent ordinairement aussi avec la séreuse de l'appendice rétro-cæco-coli-

que, dont la face postérieure s'applique à son tour, à la séreuse sous-jacente, il résulte de cet accollement une position rétro-péritonéale de l'appendice en apparence. Mais des appendices rétro-cæcaux ou rétro-coliques, peuvent souvent être logés librement dans une cavité du péritoine, sans être compris dans l'aire de coalescence, qui n'est autre que la *fossette rétro-cæcale* décrite par les auteurs. C'est un cul-de-sac rétro-cæcolique, dont l'orifice d'entrée, tourné en bas, se voit quand on renverse le cæcum en haut et en arrière. L'orifice supérieur est au niveau de l'angle hépatique du colon; on peut apercevoir cet orifice en enlevant le foie; il peut être dépassé par l'appendice venant toucher la face inférieure du foie (TREVE, 1902).

La fossette rétro-cæcale est tapissée en arrière par le péritoine pariétal de la paroi abdominale et en avant par la séreuse viscérale de la face postérieure du colon. D'après les travaux de TOLDT, il est constitué par une soudure incomplète et irrégulière de la face postérieure du colon et du cæcum avec la séreuse de la paroi abdominale.

Si l'appendice hébergé et logé librement dans une fossette rétro-cæcale devient le siège d'une inflammation, sa séreuse peut se souder secondairement avec les parties voisines; il en résulte alors une position rétro-cæco-colique et rétro-péritonéale apparente de l'appendice. Donc, il se pourrait, peut-être, que cette position qu'on rencontre beaucoup plus fréquemment ne soit due à des coalescences se produisant pendant l'ontogenèse, mais qu'elle représente le résultat d'adhérences se développant au cours d'une crise sur un appendice préalablement libre dans une fossette rétro-cæcale.

B.— *Situation de l'appendice par rapport au cæcum.*

Les statistiques prélevées nous montrent chez plus des

deux tiers des sujets que l'appendice est libre dans la cavité péritonéale et que la projection de l'abouchement de l'appendice dans l'ampoule cæcale sur la paroi abdominale antérieure correspond à mi-distance entre l'ombilic et l'épine i. a. s. (point de Mac Burney). Quelle que soit la position de l'appendice par rapport au cæcum étant dans sa loge normale, ou à l'union du tiers moyen et du tiers interne de la ligne bi-épineuse (Point de Lanz) (*Arch. für klin. Chir.*, 1909. Fasc. 1 avec 10 fig. — *Lyon Chir.* 1910).

Mais la position de l'appendice varie suivant l'âge et le sexe, même la race. Ainsi BRUNSWIG, en 1904, aurait vu 26 fois l'appendice ascendant sur 30 cas chez l'Arabe du Nord de l'Afrique. L'appendicite rétro-cæcale nous paraît être un peu plus fréquente chez les hommes que chez les femmes (28 sur 165, 43 p. 100), (37 sur 65 cas, 57 p. 100), les adolescents âgés sont plus prédisposés (36 sur 65 cas, 56 p. 100) ainsi les enfants (10 sur 65 cas, 15,3 p. 100. LECEN (*Journ. de Chirurgie*, 1922), admet que l'appendicite rétro-cæcale se rencontre à 30 p. 100 aussi bien chez les enfants que chez les adultes. Avant de faire une classification, nous allons décrire quelques statistiques.

FOWLER, prenant comme centre le point d'insertion de cet organe sur le cæcum, fait passer par ce point quatre lignes dirigées suivant les quatre points cardinaux ; il obtient ainsi huit positions, dont quelques-unes sont très rarement réalisées.

LIERTZ (*Annal. für klinische Chir.*, 1909), dans un important travail sur la topographie de l'appendice, a dépouillé une statistique de 2092 cas qui lui ont permis d'arriver aux résultats suivants : il admet deux positions pour l'appendice :

1) *Positions typiques.* — 1215 sur 2092 cas, soit 58.1 pour 100.

a) Position pelvienne: 755 fois (37 p. 100); b) latéro-cæcal interne, 254 fois (12 p. 100); c) latéral-cæcal externe 206 fois (9 p. 100).

2) *Positions atypiques*. — 877 sur 2092 cas, soit 41,9 p. 100.

a) Position rétro-cæcale: 433 fois, (21 p. 100); b) rétro-cæcale haute 97 (4 p. 100); c) rétro cæcale basse et dirigée en avant 48 fois (2 p. 100); d) à gauche 16 (0,7 p. 100); e) invaginé dans le cæcum 3 fois (0,3 p. 100; f) dans un sac herniaire 275 (13 p. 100).

TUFFIER et JEANNE ont repris la question dans un article très documenté portant sur 117 cas et ont reconnu 12 positions différentes qui sont par ordre de fréquence:

1) Sous-iléale visible, 27 fois; 2) pelvienne, 22 fois; 3) directement rétro-cæcale, 20 fois; 4) rétro-cæcale interne, 11 fois; 5) mi-iliaque et mi-pelvienne, 10 fois; 6) para-cæcale et para-colique, 9 fois; 7) sous-cæcale, 5 fois; 8) sous-iléale, masquée par l'iléon, 5 fois; 9) pré-iléale, 3 fois; 10) rétro-iléale, 2 fois; 11) rétro-colique, 2 fois; 12) pré-cæcale, une fois. Pour simplifier on peut ramener ces 12 positions à trois types:

1) Position sous-iléale, 45 fois, (38,4 p. 100); 2) Position rétro-cæcale, 36 fois (30,7 p. 100); position pelvienne, 32 fois, 27,3 p. 100). Mais exceptionnellement l'appendicite a été pré-iléale, 3 fois (2,5 p. 100) et pré-cæcale, 1 fois (0,8 p. 100).

GILIS, de Montpellier, dans le but de simplifier la nomenclature, après avoir examiné la situation de l'appendice sur douze cadavres d'adulte, pris au hasard dans la salle de dissection, constata une concordance à peu près égale avec celle qui est signalée dans les grandes statistiques. Ainsi il divise les positions de l'appendice en trois grandes classes : latéro-cæcale interne, latéro-cæcale externe, sous et rétro-cæcale (cette dernière comprend l'ap-

pendice pelvienne, 3 fois, 25 p. 100; sous-iléale 4 fois, 33 p. 100 rétro-cæcale, 5 fois, 41,6 p. 100.

MARCHAND (Thèse de Paris, 1902), n'a fait que reprendre la classification de Tuffier et Jeanne d'après 58 cadavres.

Personnellement sur 10 cadavres d'adulte, au cours d'exercices de médecine opératoire, nous avons constaté : deux fois la position pelvienne (20 %), trois fois rétro-cæcale (30 %), cinq fois normal (50 %). Il y a encore d'autres statistiques publiées par FERGUSON, par LOCKWOOD et ROLLESTON, KELLY et HUDON, par LAFFORGUE, par ROBINSON, qui compliquent davantage la question.

D'après ces différentes statistiques dont certaines sont compliquées, on peut constater la variation de la situation appendiculaire comme sa forme. BERNG, dans *The anatomy of the vermiform append., anat. anz*, vol. 7, s'exprime ainsi : « La seule notion que l'on ait sur la situation de l'appendice-cæcale est l'incertitude même de cette situation ».

Cependant sans exagération, on peut conclure que l'appendice cæcale est le plus souvent sous-ileal et ensuite pendice cæcale est le plus souvent sous-iléale et latéro-cæcale, et ensuite rétro-cæle, puis pelvienne et exceptionnellement pré-iléale ou pré-cæcale ; évidemment, dans le cas où le cæcum est déplacé de sa position normale, ce déplacement, comme nous l'avons vu, influe nécessairement sur la situation de l'appendice. *En superposant toutes les variétés des positions de l'appendice, par rapport au cæcum décrit par les auteurs nous pouvons les réduire en simplifiant à trois types :*

I. - *Type descendant.* - Dans ce type est compris l'appendice sous-iléal et pelvien. Il est assez souvent observé 25 % en moyenne. Dans la position sous-iléale, l'appendice

ne descend pas au-dessous du détroit supérieur ; par contre l'appendice pelvien descend au-dessous du D. S. soit parce qu'il est plus long, soit parce que le cæcum est lui-même un peu plus bas.

Rapport. — Il est en rapport en arrière avec le muscle psoas dont il est séparé par le fascia iliæca, le tissu sous-péritonéal et le péritoine qui peut donner le psoïtis. Cette disposition explique le psoïtis possible, par propagation de l'inflammation, en avant avec la paroi abdominale antérieure ou parfois avec des anses grêles ; en dedans avec la masse de l'intestin grêle ; en dehors avec le fond du cæcum. Par son extrémité inférieure, suivant sa longueur, il sera en rapport avec l'aire du détroit supérieur et les organes avoisinants. D'où difficulté du diagnostic dans ce type surtout pelvien.

II. — *Type latéro-cæcal interne (26 %) ou externe (19,4 %).* En moyenne, 45 %. — Dans l'appendice latéro-interne défini par son nom, l'appendice se porte sur les côtés de l'abdomen. Mais dans la position latéro-externe, l'appendice tend à s'isoler de la grande cavité péritonéale en s'incurvant autour de la base cæcale pour remonter sur le bord externe du cæcum dans l'angle dièdre formé par la paroi abdominale en avant et la fosse iliaque interne droite en arrière. Ainsi, il est en rapport avec le muscle iliaque par l'intermédiaire du fascia sous-péritonéal et du péritoine qui le recouvre. Dans le cas d'inflammation, la symptomatologie ne diffère pas très sensiblement de la forme classique. La douleur a son maximum d'intensité un peu plus bas ou plus à droite ; l'empâtement est aussi plus à droite, au niveau de l'angle inféro-externe de la cavité abdominale facilement accessible.

III. — *Type ascendant* (en moyenne 30 %). — *La variété antérieure* est extrêmement rare (1 %), il est appliqué contre la face antérieure du cæcum et est en rapport avec les grands droits de l'abdomen.

Type postérieur ou rétro-cæcal et rétro-colique.

C'est le cas qui nous intéresse en particulier. L'appendice libre derrière le cæcum non accolé peut prendre toutes les variétés possibles : rectiligne, oblique, transversale, coudé, etc... De nombreuses statistiques ont été établies à ce sujet jusqu'à l'heure actuelle dont la moyenne est celle que nous avons signalé, 25 à 30 p. 100 : d'après JANESCO et CHARPY, TRNETZKY (33 p. 100), FERGUSSON (31 p. 100), TUFFIER (18 p. 100), LAFFORGUE (13 p. 100), VALLÉ (31 p. 100), BIGGS (20 p. 100), LIERTZ (21 p. 100), MARCHAND (39 p. 100), TESTU (13 p. 100), FOWLER (33 p. 100), JEANNEL (10 p. 100), KELLY (40 p. 100), LECÈNE (30 p. 100), MARIAU (70 p. 100). La position rétro-cæcale de l'appendice vermuculaire chez les malades atteints d'appendicite est plus élevée que sur le cadavre (18 à 20 p. 100 sur le cadavre). Sur 260 malades opérés dans le service de notre maître, M. le Professeur MASSABUAU, nous avons trouvé 65 fois l'appendice en position postérieure, soit 25 p. 100, et sur les 10 cadavres, deux fois, soit 20 p. 100. D'après MARIAU, l'appendice n'est pas enflammé parce qu'il se trouve derrière le cæcum, mais il se trouve derrière le cæcum parce qu'il est enflammé.

Le péritoine cæco-appendiculaire et leurs moyens de fixité. — Le cæcum et l'appendice sont revêtus par le péritoine sur toute leur surface.

Dès le quatrième mois de la vie intra-utérine des accollements s'effectuent entre certaines portions du mésentère primitif et le péritoine pariétal : en particulier le revête-

ment séreux de la face postérieure du colon ascendant et le feuillet postérieur de son méso. L'angle droit du colon se fixe d'abord par son méso à la face antérieure du duodenum, déjà immobilisé par son accollement à la paroi du tronc. La soudure se continue de haut en bas le long du bord droit en dedans du colon ascendant, fixant ainsi le méso-colon ascendant, l'extrémité supérieure du méso-cæcum, au péritoine pariétal, de sorte que l'extrémité inférieure ou le fond du cæcum et son appendice enveloppé complètement du péritoine continuant avec le méso-colon restent normalement libre dans la cavité abdominale (92 p. 100, TUFFIER). Elle marque la limite interne d'une grande fossette rétro-cæcale, où pénètrent parfois le fond du cæcum avec l'appendice, ou l'appendice tout seul. Cette fossette dont nous avons décrit la limite, peut être le siège des abcès appendiculaires qui reste toujours comme l'appendice rétro-cæcal d'abord intra-péritonéale et gagne secondairement le tissu cellulaire rétro-péritonéal.

L'appendice ainsi enveloppé par le péritoine qui lui forme un véritable méso (méso-appendice) qui, dans la grande majorité des cas, rattache cet organe d'une part au cæcum, et d'autre part à la portion terminale de l'iléon, qui renferme l'artère appendiculaire. Chez la plupart des sujets, le méso s'étend jusqu'à la pointe même de celui-ci, mais parfois la portion distale en est depourvue sur quelques centimètres. Son épaisseur varie : chez les sujets atteints d'appendicite chronique, il est presque toujours chargé d'une véritable quantité de graisse. Le méso court facilite les coudures de l'appendice à l'occasion de certains déplacements cæcaux, ne lui assurant qu'une vascularisation insuffisante, et rétention de son contenu, conditions qui favorisent l'inflammation et de la gangrène de l'appendice, surtout s'il s'agit d'une appendicite postérieure. La mobilité

normale de l'appendice peut être diminuée ou faire défaut à la suite d'adhérences pathologiques qui se sont contractées au cours de l'inflammation.

La disposition anatomique de l'arrière cavité cæco-colon ascendant dans l'appendice rétro-cæcal :

Rapport de l'appendice rétro-cæcal. — L'appendice en situation postérieure répond en avant à la face postérieure du cæcum ou du cæco-colon ; en arrière, il repose sur les muscles psoas et iliaque par l'intermédiaire de péritoine pariétal et des tissus cellulaires sous-péritonéaux et l'aponévrose iliaque.

Cette disposition a été vérifiée par ANCELL et CAVAILLON (*Journal d'Anatomie* 1907) qui, sur chaque dissection, constataient un feuillet péritonéal pariétal constant en arrière du colon et du cæcum.

A la suite d'une dissection minutieuse que j'ai fait sur cinq cadavres (sujets gras), j'ai réussi une dissociation assez parfaite du péritoine pariétal jusqu'au bord inférieur du foie sur les quatre premières.

La plupart des traités classiques, à l'heure actuelle, prétendent que quand l'appendice est long, sa pointe dépassera la ligne de réflexion du péritoine pariétal sur le feuillet viscéral il devient extra-péritonéal et il se repose dès lors sur le fascia ileaca ou dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

Mais en se basant sur des considérations embryologiques et l'évolution péritonéale des différents viscères, il est juste et logique que le cæcum et colon ascendant, ainsi que l'appendice, soient intra-péritonéal et que ne se reposant pas directement sur l'aponévrose iliaque et le tissu cellu-

laire sous-péritonéal. La disposition de cet arrière cavité cæco-colon varie suivant le type du cæcum décrit par ANCEL CAVAILLON.

D'après cet auteur, on peut distinguer cinq types différents :

1. *Le cæcum flottant* : Sans autre connexion avec la paroi postérieure que l'insertion du mésentère commun et primitif. (Disposition essentiellement fœtale que l'on rencontre surtout chez l'enfant et rarement chez l'adulte.)

2° *Cæcum avec grande fossette rétro-cæcale* : Ici, le cæcum est adhérent par son bord externe au péritoine pariétal (WALDAYER), mais sa face postérieure est séparée de la paroi, ainsi il existe un couloir (fossette rétro-cæcale), constitué par quatre parois dont deux latérales sont formées : du côté interne par repli pariéto-mésentérique du colon et du cæcum, et du côté externe par repli pariéto-cæco-colique, la paroi antérieure est constituée par la face postérieure du cæco-colon doublé de leur séreuse, la paroi abdominale postérieure tapissée de son péritoine, en forme la paroi postérieure.

L'appendice, qui se trouve ainsi compris dans cette fossette, libre et mobile, peut, suivant sa longueur entrer en contact avec le rein et le foie : Cet espace, en cas d'inflammation de l'appendice, peut être le siège d'un abcès lombaire simulant avec l'abcès vertébral potique (*Presse Méd.*, 1893), phlegmon périnéphrétique. Il peut devenir secondairement inexistant à la suite de soudures des séreuses viscérales ou pariétales; il en résulte alors une position rétro-péritonéale de l'appendice (cæcum accolé secondairement).

3° *Accolement complet du colon avec liberté et non adhérence du fond du cæcum*. C'est une disposition classique et qui est la plus fréquente.

4° *Le cæcum complètement accolé* : PÉRIGNON déclare dans sa thèse qu'il a toujours trouvé le cæcum libre chez le nouveau-né et chez l'enfant, mais adhérent dans la proportion de 14 p. 100 chez l'adulte.

LIERTZ prétend l'avoir vu une fois sur 200. Nous l'avons rencontré une fois environ sur 10 et plus fréquemment entre 10 et 30 ans. Ici, la fusion du 3° type progresse; le fond cæcal libre devient adhérent. C'est cette disposition qui se prête le mieux au développement en arrière de l'appendice et des collections rétro-cæcales. Chez certains sujets on peut voir tout l'appendice en position rétro-cæcale, englobé dans cet accollement postérieur, ce que les classiques décrivent comme l'appendice extra-péritonéal. Cette situation extra-péritonéale de la face postérieure du cæcum admise par les classiques, ne correspond pas à la réalité des faits. JANESCO et TUFFIER, ANCEL et CAVAIL'ON (contrôle sur 140 cadavres), déclarent que le cæcum avec son appendice sont toujours intra-péritonéal, ce qui est plus logique à accepter. Ce feuillet est si mince qu'il constitue une barrière bien fragile à l'infection vers le muscle psoas iliaque ou vers la région reinale. Cette disposition nous explique la rareté relative des phlegmons iliaques et des psoïtes d'origine appendiculaire souvent postérieure.

5° *type.* — *Cæcum avec méso* : Le méso n'est pas un reliquat embryonnaire, c'est une formation secondaire et acquise à la suite d'étirement du péritoine pariétal par le cæcum accolé primitivement, sous l'influence des conditions fonctionnelles. Cette disposition serait avec une proportion beaucoup moindre que les précédentes, surtout chez le vieillard. Il semble qu'avec ces trois dernières dispositions, l'appendice rétro-cæcal doit être rare, car il est difficile à l'appendice de trouver place en arrière du colon

ou d'un cæcum accolé complètement à la fosse iliaque. Cependant, ceci peut se voir.

D'après la description que nous venons de faire, on constate que le tissu cellulaire péri-cæcal et péri-appendiculaire sous certaines conditions anatomiques, assez fréquentes chez l'adulte, peut être en relation avec le tissu cellulaire rétro-péritonéal.

Celui-ci forme une nappe étendue entre la séreuse pariétale et les plans musculaires postérieurs, vaste espace décollable allant : *vers le haut*, à la face inférieure du foie et du diaphragme ; *vers le bas*, à la fosse iliaque et à la gaine du psoas. D'après ANCELLE et CAVAILLON, le péritoine est décollable jusqu'au-dessous du diaphragme, et on peut même aller au niveau du bord antérieur. Cette opinion n'est pas admise par tous les auteurs.

L'appendice iléo-cæcal peut être considéré comme relié à la zone sous-péritonéale par trois pédicules :

1° *Pédicules lymphatiques* : D'après l'étude des différents travaux, on peut admettre deux courants principaux et un courant anastomotique :

a) *la chaîne mésentérique*. — C'est un courant lymphatique qui suit les vaisseaux mésentériques jusqu'au hile du foie, pour se jeter dans les lymphatiques intra-hépatiques (46 p. 100) ;

b) *la chaîne appendiculaire et rétro-méso-colique* (64 p. 100). — Située dans le méso-appendice, derrière et au-dessous de l'iléon, au-dessous de la base de l'appendice, contre la paroi cæcale, qui continue jusqu'au niveau de l'angle droit ;

c) *Courant anastomotique* qui est constitué par les anastomoses entre le système intra et extra-péritonéal, et qui

vient se déverser dans les ganglions situé dans l'espace décolable rétro-cæcal.

2° *Pédicule veineux* : Il comprend deux voies :

a) *Voie principale ou courant portal*. — La veine appendiculaire suit un trajet analogue à celui de l'artère après avoir reçu le rameau antérieur et postérieur du cæcum, se jette dans la veine mésentérique supérieure (branche de la veine porte), arrive ainsi au hile du foie. D'où inoculation de l'infection appendiculaire dans tous les organes du système porte, surtout dans le foie ;

b) *Voie supplémentaire ou anastomoses caves*. — A côté de ce courant portal, il existe toute une série de veines anastomotiques qui décharge le sang veineux de l'appendice avec les veines du système cave décrite par RITZIUX, SAPPEY, etc...

C'est par ces voies qu'on peut expliquer certaines complications infectieuses de l'appendicite, apparaissant d'emblée avec intégrité des organes du système porte.

3° *Pédicule conjonctif ou cellulaire*. — L'appendice et le cæcum sont reliés au tissu cellulaire sous-péritonéal par l'intermédiaire de deux pédicules conjonctifs : l'un les rattache au tissu cellulaire sous-mésentérique, qui lui-même se continue avec le tissu cellulaire pré-aortique ; l'autre les relie au tissu sous-péritonéal, ce dernier pédicule existe seulement dans certains types de cæcum fixes ou avec méso et se rencontre surtout chez l'adulte.

Cette étude anatomique nous donnera la clef des variétés diverses d'abcès intra et extra-péritonéales, évolution de l'appendicite rétro-cæcale aiguë.

Rapports anatomiques de l'appendice avec le rein et l'uretère droit et le foie. — Il peut y avoir entre l'appendice et ces organes des rapports intimes à part que l'on

connaît bien, à présent, les connexions vasculaires, lymphatiques, nerveuses, qui existent entre eux.

I. — *Rapport direct.* — a) *Cæcum ectopique.* — Le cæcum et par conséquent l'appendice viennent se mettre en contact avec la face antérieure du rein ou avec la face inférieure du foie « sous-hépatique ». Cette disposition, comme nous l'avons décrit, est plus fréquente chez l'enfant, mais elle peut exister chez l'adulte. Dans ce cas, il faut que l'appendice soit en position latéro-cæcale interne ou externe ou en position rétro-cæcale, pour qu'il entre en rapport direct avec le rein, le foie, car l'appendice précæcal sera séparé par toute l'épaisseur du cæcum.

b) *Cæcum en place dans la fosse iliaque ou dans la loge cæcale.* — Le rein, le foie et l'appendice sont éloigné, c'est surtout avec l'uretère que l'appendice R. C. entre en contact sur une longueur plus ou moins notable d'après sa longueur et sa direction et du degré d'accolement du cæcum à la paroi postérieure. Cependant, l'appendice ascendant, latéro-cæcal, interne ou externe, mais le plus souvent rétro-cæcal ou rétro-colique, peut aussi longer l'uretère et sa pointe venir se mettre en contact avec le bassin, le rein ou le foie. Le plus souvent, il s'agit d'un appendice long.

II. — *Rapport par connexion vasculaire.*

a) *Anastomoses artérielles et veineuses :* Anastomose entre les artères du côlon et les artères périrénales a moins d'importance que l'anastomose veineuse, où nous allons insister davantage.

b) *Anastomoses veineuses constantes et normales* (CHARPY). — Elle se réalise par le système de RETZIUS qui est une voie anastomotique porto-cave importante. Nombreux

vaisseaux plexiformes naissent de l'appendicite et du côlon et communiquent avec les veines du péritoine pariétal. Celles-ci sont tributaires des veines lombaires et capsulo-graisseuses qui se jettent soit dans le pédicule veineux du rein, soit dans l'étoile de Verhyen (TUFFIER et LEJARS), ainsi allant aux étoiles traverse le parenchyme reinal. Ces anastomoses sont plus abondantes quand l'appendice est postérieur ou lombaire (TESTU-JACOLI).

III. — *Anastomoses anormales* mentionnées par CHARPY, décrites par SCHMIDEL, entre veines coliques, jouent un rôle minime dans l'infection secondaire, car le courant sanguin y est très faible.

b) *Connexions lymphatiques*. — D'après FRANKE (*Ueber die Lymph. des Siekdar. Arch. für Anat. and phys.*, 1910, pp. 191-192), TESTU, JACOB, LOCKWOOD, les lymphatiques cœcaux s'anastomosent avec les lymphatiques de la région lombo-iliaque et pré-reinal, seulement dans les cas où le cæcum et le colon ascendant sont accolés au péritoine pariétal postérieur et pré-rénal. FRANKE attire l'attention sur le rôle que peuvent jouer ces voies dans la formation des abcès périnéphrétiques ou autre infection de tissu cellulaire rétro-péritonéal, consécutifs au typhlite ou à l'appendicite.

En somme, ces connexions lympho-artério-veineuses peuvent par les toxines dégagées au niveau de l'appendice déterminer la néphrite ou autres infections des voies urinaires hautes.

Nous avons assez décrit les relations vasculaires entre l'appendice et le foie sans y revenir.

d) *Connexions nerveuses*. — L'appendice est innervé par une ou plusieurs masses ganglionnaires médianes, plus ou moins fusionnées. Le rein droit est innervé par le plexus

reinal droit, tributaire de l'amas ganglionnaire reino-aortique droit. Or, ce ganglion reino-aortique a des connexions intimes, par des anastomoses, avec le ganglion mésentérique, tous deux sont richement anastomosés au plexus solaire. Ainsi, ces connexions font comprendre les retentissements nerveux de l'appendice (bien étudié par FINOCCHIARO DE MEO) sur le rein droit ou *vice versa*, si fréquemment observé en clinique. Donc, pas étonnant que certaines appendicite en particulier R.C., donnent par réflexes: 1° la douleur lombaire simulant la colique néphrétique avec irradiation vers le bas; 2° ou la congestion du rein qui est une des causes d'hématuries ou inversement des affections rénno-urétrales soient étiquetées comme appendicite (LEGUEU, *Progrès Médical*, 1930, n° 20).

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions de l'appendice en situation rétro-cæcale ne diffèrent en rien, à leur début, de celles que l'on observe sur un appendice en situation normale, sur lesquelles nous serons bref. Mais nous insisterons, en raison de la situation postérieure de cet organe, sur l'évolution rapide de processus inflammatoire d'une part par les lésions du méso ; d'autre part par les connexions qui prennent l'appendice lui-même avec le colon ascendant et la paroi postérieure de la fosse iliaque.

Nous étudierons aussi d'autres lésions plus ou moins éloignées de la région hémi-abdomino-thoraxique droite plus fréquente dans l'appendicite R. C.

Dans ce chapitre, nous allons envisager, d'après la progression des lésions, quatre phases, en vérité un peu schématique, qui se succèdent.

I. *Phase congestive.* — Dans cette phase, l'appendice se présente sous l'aspect d'un tube rigide, rouge violacé, s'accompagnant de-ci, de-là, de quelques points ecchymotiques turgescents. « ressemblant à un penis d'enfant en érection » (JALAGUIER), parfois doublé de volume avec un méso congestionné, plus ou moins épaissi par l'œdème.

II. *Phase des adhérences inflammatoires.* — A un stade plus avancé, la séreuse réagit et présente un aspect dépoli, recouverte par une sérosité exudative et des adhérences filamenteuses qui l'unissent aux organes voisins. Dans les cas particuliers, le verminum est accolé le long de la face postérieure du cæcum et même du colon, ou à la terminaison de l'iléon ». D'autres fois, mais plus rarement, il contracte des adhérences avec le péritoine pariétal et la paroi postérieure de la fosse iliaque.

Dans le premier cas : Parfois, l'adhérence de l'appendice à la face postérieure du gros intestin, au niveau de la bande longitudinale, peut être si intime et si marquée qu'on peut s'exposer (dans l'appendicectomie rétrograde), à des lésions de la face postérieure du colon. Les adhérences seront plus serrées si l'appendice est fortement comprimé par un cæcum distendu.

Dans le deuxième cas : L'appendice adhère au péritoine pariétal postérieur et pour peu qu'il existe une éraillure du péritoine, l'organe prend les apparences d'un viscère sous-péritonéal. Quelquefois, une fusion inflammatoire de deux zones primitivement revêtues de péritoine rendent l'appendice et le cæcum secondairement sous-péritonéaux ce qui est contraire aux notions classiques. Quoiqu'il en soit, l'appendice fixé dans cette zone peut transmettre son infection par voie indirecte (lymphatique) ou par propagation directe : soit vers le facsia iliaca éraillé et la gaine du psoas, soit vers le tissu cellulaire péri-reinal, soit vers la grande cavité péritonéale.

Supposons que l'infection à ce stade soit refroidie (spontanément ou au moyen de la thérapeutique), les germes pathogènes ont obtenu une virulence atténuée et nous aurons alors des lésions d'appendicite aiguë *refroidie et passée à la chronicité.*

III. *Phase suppurative.* — Quand le processus infectieux ne régresse pas, nous arriverons alors au stade de suppuration. La suppuration peut s'établir dans les follicules entourant des « abcès miliaires » qui vont se propager dans la cavité centrale après avoir érodé la partie muqueuse de l'appendice. D'autres fois, les vaisseaux lymphatiques propagent l'infection au travers de la couche musculaire jusqu'au péritoine pour former un abcès circonscrit par de fausses membranes dans lesquelles est noyé l'appendice.

IV. *Phase de gangrène ou d'amputation de l'appendice.* — Il est reconnu actuellement que la variété postérieure de l'appendice prédispose à la gangrène et à la perforation. Cette phase succède ou précède les trois premières phases lorsque la lumière des vaisseaux étant bouchée par des embolies microbiennes, la circulation sanguine est interrompue, favorisant l'amputation ou la gangrène de l'appendice. Cette gêne circulatoire s'effectue encore plus s'il s'agit d'une appendice R. C. car dans ce cas :

a) le cæcum distendu comprime l'appendice contre la paroi abdominale postérieure et gêne la circulation sanguine ;

b) le tiraillement et la rétraction de bas en haut du méso-appendice rétro-cæcale, coude ou tord l'appendice sur lui-même, contribuent puissamment à enrouler l'organe, parfois complètement à l'étrangler à sa partie moyenne. Ainsi ne doit-on pas s'étonner de la rapidité avec laquelle évolue la gangrène appendiculaire, soit localisée à la moitié distale ou au niveau de son insertion cæcale par une nécrose circulaire, soit par suite de l'élimination d'escharre totale de la paroi produisant une perforation punctiforme siégeant le plus souvent au sommet de l'organe (le cas de GAMBETTA). Ces perforations permettent au pus de s'échapper au dehors.

de l'appendice et d'aller inoculer les tissus de voisinage pour former un ou plusieurs abcès rétro-cæcaux plus ou moins volumineux, indépendants ou communicants.

Connaissant la notion de gangrène rapide dans cette forme d'appendicite on comprend qu'une décision opératoire doit être prise de façon urgente dans toute crise où la forme postérieure ou rétro-cæcale de l'appendice a pu être soupçonnée.

Voyons maintenant ce que va devenir le pus, formé soit par perforation de l'appendice R.C., soit par réaction purulente de la séreuse. On peut envisager successivement :

1. *Les suppurations rétro-cæco-coliques intra-péritonéales.* — Il existe d'abord un abcès R. C. primitif localisé si les adhérences ont le temps de s'établir et que les cloisonnements sont solides et suffisants. La fossette rétro-cæcale (cæcum type 2) se prête mieux à ces collections. Cet abcès ainsi cloisonné et limité peut évoluer vers la résolution : il n'est pas rare en effet d'observer au cours de l'appendicectomie à froid les reliquats de pareilles collections. (Obs. V).

Par contre, le pus peut ronger et gangrener le péritoine postérieur, les tissus cellulaires et musculieux qu'il recouvre et peut même se faire jour en arrière. (Société de chirurgie de Marseille, le décembre 1930, p. 23). Cette éventualité est plus fréquente dans le cas où le cæcum et le colon sont accolés à la fosse iliaque et l'appendice est pincé dans cet accollement, car le pus ou abcès bridé de toutes parts, n'ayant point de développement en avant ou en dedans, en haut ou en bas, est forcé de se faire jour en arrière. Cette fistulisation lombaire de l'appendicite rétro-cæcale est moins fréquente dans le cas où le pus a assez de place

(fossette rétro-cæcale, cæcum type 2), pour se collecter longtemps avant cette complication.

Parfois, l'abcès R.C. primitif intra-péritonéal possède un cloisonnement insuffisant ou friable du fait de l'évolution rapide des phénomènes inflammatoires, alors le pus se diffuse : en haut, en bas ou en dedans.

1° *En haut* : Le pus chemine le long de la face postérieure du colon ascendant : *Devant la loge rénale*, il peut se collecter par des adhérences solides et simuler un phlegmon périnéphrétique (*Bulletin Médical*, 1895, 3 janvier. Observation VII. Diagnostic de l'appendicite par le Docteur MAURICE, 1904), ou bien il infecte la capsule adipeuse du rein pour former un abcès périnéphrétique d'origine appendiculaire (Société de Chirurgie de Marseille, 1930). D'autres fois, le pus peut aller jusqu'au contact de la face inférieure du foie, fortement bridé par le péritoine en arrière, pour former une collection sous-hépatique (Obs. V) qui aura tendance à revenir en avant pour envahir la grande cavité péritonéale (Obs. XVI, NICOD, 1904). Heureusement, c'est une éventualité exceptionnelle, car des adhérences précoces entre l'angle colique et son méso en avant de la loge sous-hépatique empêchent le plus souvent cet envahissement péritonéal du pus malgré la présence de l'hiatus de Fallope. A ce niveau, il se produira de la péritonite péri-hépatique et quelquefois cette péritonite se formant autour de la vésicule biliaire, sera la cause de phénomènes de cholecystite (Obs. IV, PRESSAC, Toulouse, 1910). Ici, il s'agit assez souvent d'un appendice R. C. long (car l'abcès est presque toujours en rapport avec la pointe de l'organe) ou d'un couloir rétro-cæco-colique long. Cette propagation de pus peut se faire indirectement par voie lymphatique et sanguine (HANOUD : Sur un cas. *La Clinique*, journal de Bruxelles, 1905. Obs. XV, NICOD, Paris, 1904), dans un

appendice en situation normale, à plus forte raison dans un appendice rétro-cæcal. LEJARS prétend qu'il peut exister des abcès à distance sans communication apparente avec le foyer primitif. MERIEL cite (*Toulouse Médical*, 1912) un abcès sous-diaphragmatique ayant son origine dans une appendicite R.C. sans aucune communication apparente. Une autre voie d'infection signalée par KÔRTE, c'est la voie intra-mésentérique (expérience par injection d'un liquide coloré entre les deux feuillets du méso-appendice).

Cette fusée de pus peut aller encore plus loin pour former des abcès sous-phréniques (MADYL cite 27 cas sur 173. PIQUAND cite dans *La Revue de Chirurgie*, 1909, 151 cas ; LEJARS cite 59 cas ; KENDYRGY cite 139 cas dans la *Revue de Gynécol.*, 1909). Certains auteurs prétendent qu'il s'agit d'une collection franchement sous-diaphragmatique (SPILLMAN, d'autres (LEJARS et PIQUAND) les considèrent plutôt comme rétro-hépatiques ou sous-hépatiques postérieures. Cette collection peut être du pus ou encore du pus mélangé avec des gaz provenant de la perforation de l'appendice.

Enfin, l'infection peut devenir plus redoutable en perforant le diaphragme pour envahir la plèvre, déterminant ainsi des pleurésies purulentes (NICOD, obs. XV, Paris 1904), et des gangrènes pulmonaires (DIEULAFOY, XV et XVI, clinique, tome IV, 1900, où il peut s'évacuer dans les bronches (Thèse de BARTHELIN, Paris, 1908). Le pus peut infecter la plèvre indirectement par des nombreuses cavités lymphatiques, appelées « puits de Ranvier », existant entre les fibres musculaires qui sont souvent béantes (Lyon, 1894).

2° *En bas* : Avant de décrire la migration inférieure du pus, il faut noter que quelquefois, très rarement, l'abcès rétro-cæcal, en allant en haut ou en bas peut s'ouvrir dans le cæcum (Thèse de Paris, 1893, JACOBEL. DIEULAFOY en cite

quelques cas, VILLARET, dans sa thèse, montre qu'un grand nombre de perforations intestinales du cæcum sont dues à des appendicites postérieures. On a même signalé l'ouverture de l'abcès dans le côlon ascendant. Ainsi se produit une fistule stercorale et le pus de l'abcès appendiculaire s'évacue par l'anus. Cette ouverture se fait par érosion du péritoine et de la paroi cæcale, mais elle est exceptionnelle du fait de la résistance du péritoine et elle ne cède que longtemps après le contact. Plus souvent, par des adhérences d'organisations néovasculaires, les microbes, après avoir franchi la séreuse, peuvent faire un abcès dans la paroi propre du cæcum ou dans le tissu cellulaire rétro-ou péri-cæcal, éventualité assez rare. Si les adhérences solides et anciennes limitent et englobent le pus, si elles l'isolent complètement de la grande cavité péritonéale, le pus peut descendre vers le bassin pour former une collection dans le Douglas et dans la cavité pelvienne; ce contenu est du pus fétide, d'odeur intestinale. Mais la suppuration pelvienne n'est pas forcément l'indice d'une suppuration appendiculaire. Le toucher rectal, qui doit être toujours pratiqué, permet de reconnaître cette collection pelvienne; mais il peut donner une fausse indication sur le volume et le siège même de l'abcès dont il ne permet de percevoir que le pôle inférieur. On a signalé son ouverture dans la vessie, le rectum (VILLARD), le vagin; on l'a vu fuser dans le canal inguinal et les bourses (JALAGUIER, *Traité*), mais ce sont là des complications extrêmement rares.

3) *Migration latérale.* D'après la description anatomique de la fossette rétro-cæcale, deux cas peuvent se présenter:

a) *Il s'agit des replis* (pariëto mésentérique du côlon et du cæcum, du côté interne, pariëto cæcocolique du côté externe) *larges et extensibles.* Du côté externe, le pli se laisse

distendre et l'abcès pourra venir affleurer la paroi, à la partie moyenne de la crête iliaque, non loin de la région lombaire, souvent sous la forme d'une bande mince sur une étendue limitée, qui est mat à la percussion et douloureuse à la pression. Quelquefois elle peut être légèrement rénittente. Du côté interne, le double repli mésentérique et le feuillet péritonéal postérieur se décolle ou se laisse distendre pour former en arrière du mésentère, contre la colonne vertébrale, une collection inabordable et difficile à dépister.

b) *Il s'agit des replis courts et inextensibles.* . . Le pus, fortement bridé en dehors et en dedans, est obligé de s'étendre en haut ou en bas, sinon accumulé dans la face postérieure du cæcum, sous pression (perceptible ou palpable dans la région lombaire), il rompt la barrière et on assiste à un envahissement péritonéal. Mais le plus souvent, le pus (du fait de l'évolution rapide de la lésion ou du fait d'un cloisonnement insuffisant, récent ou friable) dépasse la barrière latérale ou reflue par dessous le cæcum pour ainsi se faire jour dans la grande cavité péritonéale. Il peut, par une réaction de défense, former une collection à l'endroit où siège habituellement l'abcès appendiculaire banal. C'est par ces deux mécanismes, les adhérences insuffisantes ou les replis courts et inextensibles qu'il faut expliquer la majorité des péritonites généralisées dans l'appendicite rétro-cæcale. En pareil cas, l'opération permet aisément de déterminer le point de départ de la suppuration. En effet, à l'ouverture du ventre, on assiste à l'écoulement d'un liquide louché et souvent fétide ; on croit alors avoir affaire à un abcès ordinaire, et on ne trouve pas l'appendice. L'opérateur, en isolant le cæcum, découvre la base de l'appendice, et cherchant à l'entraîner avec l'index, glisse derrière le cæcum, fait sourdre une quantité importante de pus beau-

coup plus épais, différent de celui de la grande cavité, et venant du véritable foyer inflammatoire rétro-cæcal.

D'où il faut agir avec une prudence extrême lorsque, assez près du début d'une crise douloureuse, l'abdomen est ouvert et laisse sourdre une quantité assez importante de liquide légèrement louche. Ce dernier étant peu septique, il faut prendre la précaution de la grande cavité, avant d'aller à la découverte de l'appendice, pour éviter une inoculation secondaire de la séreuse. Il semble que cette péritonite diffuse, dans la variété postérieure de l'appendice, ait moins de chance de se produire; ceci est logique, mais on aurait tort d'y compter; trop souvent, l'évolution rapide de cette variété le fait manquer (Obs. Cestan. *Arch. méd. de Toulouse*, 1904).

II. — *Les suppurations extra-péritonéales de l'appendice rétro-cæcale.* — Cette propagation rétro-péritonéale peut se faire soit par extension progressive et directe, soit par propagation ininterrompue ou indirecte.

a) *Propagation par contiguïté ou directe.* -- Plus fréquente que la propagation indirecte. Le péritoine pariétal érodé (surtout lorsque le cæcum est complètement accolé) livre passage au pus, ou bien un foyer de péritonite enkysté (fossette rétro-cæcale) avec un abcès rétro-cæcal limité par des adhérences se constitue et est livré à sa propre évolution; il laisse propager l'inflammation dans les tissus cellulaires sous-péritonéaux.

b) *Propagation par ininterruption ou indirecte.* — Ici, les germes pathogènes sont transportés derrière le péritoine par les pédicules conjonctivo-vasculaires. Nous avons assez insisté sur ce fait dans le chapitre d'anatomie sans y revenir. Les anastomoses entre des lymphatiques sous-péritonéaux et ceux de l'appendice facilitent davantage cette

propagation, surtout lorsque le cæcum est fixé avec son méso (ANCELLE et CAVAILLON). Quel qu'il soit, le mode de propagation nous importe peu; il s'agit surtout de savoir ce que va devenir le pus et quelles seront les lésions consécutives.

Les suppurations dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal ont été mises au nombre des complications les plus communes de l'appendicite rétro-cæcale (RICARD, Thèse de Paris, 1896), laquelle peut entraîner à son tour beaucoup d'autres complications. Les collections peuvent évoluer comme dans les suppurations intra-péritonéales, en bas, pour infecter les organes du bassin, en haut pour provoquer des complications rénales et hépatiques ou d'autres complications intra-thoraciques, latéralement pour réaliser des affections de la paroi abdominale. Mais bien plus souvent, l'aponévrose iliaque s'altère ou se perforé et on assiste alors à l'évolution d'un véritable psoïtis. Cette effraction siège le plus souvent dans l'interstice qui se trouve entre les muscles psoas et l'iliaque, point où l'aponévrose est particulièrement mince.

Le psoïtis appendiculaire. — Signalé pour la première fois par GANGOLFE en détail dans la thèse de son élève COURAUD (Lyon 1894). Il en a rapporté vingt-cinq cas et remarque que cette complication est l'apanage de l'appendicite r. c. On a même signalé que l'appendice r. c., après avoir perforé le fascia iliaca, prolongeant dans une cavité psoïtique jusqu'au contact de l'os. KELLY et BÉRARD (*Presse Méd.* 1900). C'est la portion iliaque du muscle et la partie externe du psoas qui sont le plus souvent atteintes. Le muscle peut être détruit en majeure partie et se trouver réduit à une bouillie rougeâtre, purulente et sanguinolente, en sorte que l'os est presque à nu dans le fond de la poche.

Par contre, le péritoine, les anses grêles, l'épipléon peuvent être absolument intacts et la cavité péritonéale ouverte en avant ne laisse écouler que de la sérosité inodore, indice d'une réaction péritonéale légère. Le pus formé peut se collecter sur place ou s'étendre du côté de la fosse iliaque, venir même faire saillie en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure. On a signalé même là des ouvertures spontanées ?

Quelquefois, le pus, sous pression et abondant, suit la gaine de psoas, fuse à la racine de la cuisse jusqu'au petit trochanter, ou inversement, on l'a vu remonter vers les insertions vertébrales du psoas et s'ouvrir aux lombes dans le triangle de J. L. PETIT.

Phlegmon péri-néphrétique. — Assez souvent, la marche sera ascendante, car l'infection se propage plus facilement dans cet endroit, du fait des nombreux vaisseaux lymphatiques et de la facilité du clivage. Si le pus passe en arrière de la loge rénale, il longe le fascia rétro-rénal, va former sur la face postérieure du rein un abcès péri-néphrétique, ou plutôt, un pseudo-abcès péri-néphrétique, car l'infection ne peut pas envahir aussi la loge cellulaire du rein. A ce niveau, il est limité en arrière par les muscles de la masse sacro-lombaire; il infiltre alors ces muscles et va faire saillie sous la peau à travers le triangle de J.-L. Petit (SALLET, Thèse de Lyon, 1894, cite un certain nombre de cas, dont certains sont empruntés à Gérard MARCHAND). SCHWARTZ et QUENU, publient deux cas en 1895 et 1896, dans lesquels ils furent obligé d'inciser. MAURESTIN cite un cas (*Pres. Méd.* 1898) pris pour un mal de Pott lombaire. MÉRIEL, dans *Toulouse Médical*, 1912, cite le cas d'une jeune fille de 20 ans dont le pus s'est fait jour à travers le triangle de J. L. Petit. Dans d'autres cas, le pus,

au lieu de filer en arrière du rein, vient s'installer sur sa face antérieure, la face postérieure demeurant ainsi en dehors de la collection. Du fait que le pus se trouve dans un chemin beaucoup plus largement ouvert, nous pouvons avoir un énorme phlegmon montant en haut vers le foie, en bas, vers le bassin.

D'autres phlegmons rétro-péritonéaux intra-thoraciques.

— Quant à la propagation sous-phrénique de l'abcès, les avis sont différents. TESTIVINS (Paris, 1909) donne la voie rétro-péritonéale comme conduisant très fréquemment au-dessous du diaphragme. LEJARS, KORTE et LANGER les considèrent plutôt rétro-hépatiques que vraiment sous-phréniques.

En réalité ce sont des éventualités fort rares, encore plus que l'insertion de ligaments coronaires et existence d'un tissu dense sur son insertion péritonéale postérieure, formant un obstacle qui se laisse difficilement traverser par les liquides. Mais si le pus ne peut pas remonter plus haut dans le tissu sous-péritonéal, il peut cependant aller infecter la plèvre par le tissu cellulaire péri-pleural, à travers les faisceaux d'insertion du diaphragme. LEJAR et MÉRIEL (Toulouse, 1912), admettent sa possibilité sans connexion apparente avec le foyer primitif. On a signalé la perforation du diaphragme et l'ouverture de la collection purulente dans la plèvre ou dans les bronches (six cas pleural et trois cas bronchiaux, sur dix-neuf cas d'appendicite R. C., CAVAILLON et CABANON). *Les deux autres lésions extra-péritonéales de l'appendicite sont* : 1°) Lymphangites et adénites; 2°) Thromboses et phlébites. Elles sont localisées dans les pédicules correspondants qui ont servi à communiquer l'infection. A la vérité, ce sont les lésions les plus rares, surtout à l'état isolé et une description détaillée de ces deux formes serait sans intérêt pratique.

Donc, il est bien évident que l'appendicite R. C. abandonnée à elle-même peut entraîner, au point de vue anatomo-pathologique des désordres graves, bien établis, que nous venons d'étudier.

CHAPITRE III

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Fréquence. — L'appendicite R. C. est loin de constituer une rareté. On est souvent frappé de la fréquence des appendices postérieurs découverts au cours d'appendicectomies sans qu'aucune constatation clinique n'ait permis de supposer sa disposition anatomique. Sur nos 65 observations d'appendicite R. C., nous sommes arrivés à diagnostiquer les 15 cas (23 pour 100), chez lesquelles on a pu constater une symptomatologie lombaire plus ou moins pure de l'appendicite postérieure, mais les autres cas ont été diagnostiqués d'après constatation clinique, comme des appendicites classiques, sans avoir soupçonné leur situation anatomique. L'analyse minutieuse des statistiques nous montre que la fréquence de l'appendicite lombaire, d'après les recherches anatomiques et les constatations opératoires est différente: 13 à 18 pour 100 pour les anatomistes (TESTU, TUFFIER, LAFFORGUE, KOSTANECKI) et pour les chirurgiens, 25 à 40 pour 100 des cas. Cette fréquence de la disposition opératoire serait vraiment moins importante que ça, si l'on exige la véritable appendicite rétro-cæcale. En effet, dans le service de notre maître, M. le professeur MASSABEAU, nous avons pu constater 65 cas d'ap-

pendicite rétro-cæcale sur 265 malades, opérés pour l'appendicite aiguë ou chronique, soit 25 % ; et deux fois chez les dix cadavres chez lesquels nous avons fait une exploration minutieuse, soit 20 pour 100. Quoi qu'il en soit, on peut admettre, d'après les disproportions de la situation entre les constatations nécropsiques et opératoires, que la situation R. C. de l'appendice est plus fréquente dans les appendices pathologiques que normaux. Ainsi, on peut admettre que l'inflammation sur l'appendice normal, modifie sa situation et augmente la fréquence de l'appendicite postérieur MARIANU), de plus, certaines autres influences physiologiques et mécaniques cæco-appendiculaires peuvent intervenir.

Age et sexe. — Beaucoup d'observations publiées montrent la fréquence assez impressionnante de cette affection chez les enfants. Ainsi, sur les 200 cas d'appendicectomies constatés par LAFFORGUE comprennent: 38 enfants et 162 adultes: or, onze fois sur trente-huit enfants (29 pour 100), l'appendice remontait en arrière du cæcum; pareille disposition ne s'est rencontrée que quinze fois sur 162 adultes, c'est-à-dire 9 pour 100. Pour VALLÉE, sur 77 enfants de moins d'un an, trente-une fois l'appendice était rétro-cæcal (40 pour 100). Mais la statistique de MARCHAND paraît infirmer ces conclusions; en effet, sur cinquante-neuf sujets adultes et enfants, elle donne un pourcentage de 38 pour 100 d'appendice R. C. et elle ne contient qu'une observation d'enfant où l'appendice était R. C. Ainsi COPLESKO, de Bucarest (la séance du 29 juillet 1930, à la Société de chirurgie), d'après 2.610 cas d'appendicectomies donne le rapport suivant: sur les 600 enfants opérés, il a trouvé trois fois l'appendice en position R. C. (0,5 pour 100) et 7 pour 100 chez les hommes, et 1 pour 100 chez les femmes. Ces deux dernières statistiques montrent une discor-

dance exagérée avec celles de VALLÉE et LAFFORGUE. Sur les 265 cas d'appendicectomies du service de M. le professeur MASSABUAU, nous avons constaté 65 cas d'appendicite R. C. et qu'on a rencontré les plus souvent entre 15 et 30 ans : 15 ans à 20 ans, dix cas (15,3 p. 100) ; 20 à 30 ans, trente-six cas (55,3 pour 100) ; 30 à 40 ans, sept cas (10,7 pour 100) ; 40 à 50 ans, six cas (9,2 pour 100) ; 50 à 60 ans, cinq cas (7,6 pour 100) ; 70 à 80 ans : 1 cas, 1,5 pour 100).

Parmi nos cent observations recueillies, le résultat est le suivant : 0 à 10 ans, huit cas (8 pour 100) ; 10 à 20 ans, 31 cas (31 pour 100) ; 20 à 30 ans : 41 cas (41 pour 100) ; 30 à 40 ans, quatorze cas (14 pour 100) ; 40 à 50 ans, cinq cas (5 pour 100) ; 50 à 60 ans, deux cas (2 pour 100) ; 60 à 70 ans, un cas (1 pour 100). Ainsi nous concluons que chez les enfants le pourcentage oscille entre 10 à 30 pour 100, mais il s'accroît progressivement avec l'âge, pour arriver à son maximum entre 20 et 30 ans, et puis diminue progressivement pour devenir rare chez les vieillards .

Le sexe masculin est plus fréquemment atteint que le sexe féminin (37 contre 28, soit 56,8 pour 100 dans notre première statistique) (58 contre 42, soit 58 pour 100 dans notre deuxième statistique).

Comment expliquer cette disposition rétro-cæcale de l'appendice. -- La situation postérieure de l'appendice résulte d'une disposition congénitale, ou acquise.

I. — *Disposition R. C. congénitale.* — En dehors des causes pathologiques, certaines dispositions anatomiques interviennent pour expliquer la fréquence de l'appendicite rétro-cæcale. La situation anormale et congénitale se voit surtout chez les enfants, mais AMBREDANNE admet que l'ap-

pendicite rétro-cæco-colique de l'enfant, est toujours un appendice pathologique.

a) La position rétro-cæco-colique de l'appendice transitoire chez l'embryon (voy. chapitre d'anatomie), peut devenir permanente par une soudure prématurée de la séreuse viscérale à la séreuse de la paroi abdominale postérieure; il en résulte une position « rétro-péritonéale » de l'appendice, ainsi appelée par les classiques. Cette question a été étudiée il y a longtemps par HANSEMAN (Wiener Klin. Wochenschrift, 1909), sur 540 cadavres d'enfants de quatre à huit semaines au plus. L'auteur trouve sur ces jeunes enfants des vices de position qu'il attribue à des adhérences congénitales du péritoine. D'après VAUTRIN, ces adhérences peuvent être prises dans la vie fœtale. La position la plus fréquente est la suivante: l'appendice remonte verticalement en arrière et en dehors du cæcum pour atteindre le pôle inférieur ou la face antérieure du rein.

b) Il y a lieu de supposer aussi que l'absence d'involution complète de cadre colique, avec anomalie de migration du cæcum joue un rôle sur la fixation postérieure de l'appendice.

c) Le cæcum flottant ou avec la fossette rétro-cæco-colique favorise beaucoup plus que les trois autres dispositions cæco-colique (voy. anatom.), à cette situation postérieure de l'appendice. Ces deux variétés cæcales prédisposantes sont plus communes chez l'adulte que chez l'enfant.

II. — *Situation rétro-cæcale acquise de l'appendice.* — Deux mécanismes peuvent être envisagés :

a) *Le météorisme cæco-colique.* — Cette théorie du météorisme a été mise en lumière par MARIAU, puis repri-

se par LANZ, d'Amsterdam, au Congrès français de chirurgie, en 1911. MARIAU pensait que l'appendice ne s'enflamme pas parce qu'il est situé derrière le cæcum, mais qu'il se place derrière le cæcum lorsqu'il est enflammé. En effet, dit-il, si l'on prend un cæcum à appendice libre et flottant et qu'on l'insuffle, on voit l'appendice se gonfler également, il tire sur son meso qui se tend. L'afflux de l'air continuant, dilate, allonge et abaisse le cæcum qui vient se placer au-devant de l'appendice qui est attiré lui-même à son extrémité libre par le cordon vasculaire du meso et tend ainsi à placer sa pointe en haut, derrière le cæcum abaissé. C'est là le phénomène qui se produirait souvent au début de l'appendicite; en effet, le météorisme cæco-colique dans l'inflammation intestinale est constant; au début de l'appendicite, le cæcum se dilate, s'allonge et s'abaisse et si l'appendice est libre avec un meso lâche, son passage et sa fixation en arrière, par les exsudats inflammatoires peut se produire aisément.

b) *Une érection appendiculaire peut par turgescence modifier la disposition de cet organe (Evidemment dans un appendice libre et flottant).* — L'origine de ce phénomène peut être: d'ordre pathologique (inflammatoire, congestion du début), ou réflexe d'ordre mécanique ou physiologique. L'action de la turgescence sur la production de l'appendice R. C. a pu être démontré expérimentalement: soit par l'injection de mercure dans les vaisseaux lymphatiques (Hansemann), soit par distension de l'appendice par injection de liquide dans la lumière de l'organe (HAY et ROLL, *Am. J. Of. Sur.*, 1928). Ces auteurs au cours de vingt-cinq laparatomies exécutées en dehors de toute lésion reconnue de l'appendice, s'attachèrent à injecter dans la sous-muqueuse de l'organe, du sérum salé, sous forte tension. Ils purent ainsi observer que la turgescence provo-

quée de l'appendice occasionnait une érection de l'organe, aboutissant à son ascension spontanée de celui-ci, en arrière du cæcum.

Ce sont là des éventualités rares, car le processus inflammatoire a d'autres moyens plus efficaces pour cela: des adhérences entraînent une rétraction du méso-appendice (par méso-entérites-adénites) et modifient ainsi peu à peu sa situation. Ajoutons enfin:

c) *Causes diverses; Ptose cæcale.* — Chez les sujets à cæcum ptosé et distendu, l'appendice peut arriver à être refoulé de plus en plus en arrière et en haut, pour devenir rétro-cæcal (30 pour 100 des adultes opérés d'appendicite, BÉRARD et VIGNARD).

D'après BÉRARD, la position de l'appendice peut varier provisoirement chez le même sujet, suivant l'état de distension ou de vacuité du cæcum, suivant le decubitus prolongé (rétro-cæcal) ou la situation droite (appendice devient pelvien).

En réalité, l'appendice peut changer sa situation et devenir rétro-cæcal par association de ces différents facteurs que nous venons de décrire.

Quelles sont les causes d'inflammation de l'appendice rétro-cæcal ? — La pathogénie de l'appendicite rétro-cæcale est la même que dans la variété antérieure. Mais, en raison de sa position ascendante et postérieure, il présente quelques particularités à noter.

1) *La théorie de la cavité close de TALOMON et DIEULA-ROY s'est réalisée par la position postérieure de l'appendice* qui est plus ou moins obstrué au niveau de sa base, et devient une cause prédisposante pour l'inflammation. L'état de vacuité et de réplétion du cæcum varie suivant l'angle cæco-appendiculaire, de 15 à 90°, dans le premier cas, le

cæcum écrase l'appendice à sa base et réduit son orifice dont le passage est difficile, entre le cæcum et l'appendice (KELLY), mais dans le second cas, l'appendice débouche largement dans le gros intestin par un orifice circulaire, dont l'app. rétro-cæcal et latéro-cæcal sont mal partagés, formant derrière elles une cavité close.

2°) *Théorie des contractions musculaires.* — ROBINSON attache une importance qui paraît tout au moins exagérée, aux contractions musculaires. L'auteur, en étudiant sur 128 cadavres, les rapports de l'appendice avec le psoas, s'est demandé si les contractions du psoas n'auraient pas une action traumatisante répétée sur le cæcum qui aboutiraient à des lésions de l'appendice. Si cette influence doit être admise, elle s'applique surtout, à la forme de l'appendicite R. C., en rapport avec le psoas.

3°) *La direction anormale de l'appendice* (POZZI et TREVE), qu'elle soit congénitale ou non, établit une sorte de prédisposition à une torsion ou à une coudure qui est légère d'abord, arrive bientôt à se compléter. Cette torsion et coudure, en oblitérant le canal appendiculaire à la manière d'une ligature artérielle, déterminent la compression des vaisseaux et appellent rapidement l'inflammation et la gangrène. Ce phénomène est plus marqué dans l'appendice à court méso qui entrave davantage la nutrition du sinus appendiculaire, provoquent la gangrène et l'inflammation.

Ajoutons à cela que les tiraillements perpétuels de son méso dans cette position, irritent en plus ses tuniques qui présentent une moins grande résistance aux germes pathogènes. D'où les raisons pour lesquelles la forme gangreneuse est plus fréquente dans ce genre d'appendicite, ainsi que la formation d'abcès graves avec migration sous-hépatiques, rénale ou pelvienne. Dans onze cas de MRATLEY

(cité par TALAMON), huit fois l'appendicite gangrenée était située en arrière; deux fois en avant du cæcum et une fois seulement, il arrivait en contact avec la paroi antérieure. Quoi qu'il n'existe pas un parallélisme parfait entre la localisation de l'abcès et sa situation, mais cependant, nous l'avons constaté souvent à son extrémité distale et à la pointe appendiculaire.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

L'appendicite postérieure ou rétro-cæcale aiguë présente en clinique quelquefois des signes spéciaux qui font l'originalité de la forme que nous allons décrire. Mais, comme nous le verrons dans l'étude anatomo-clinique, à côté de ses manifestations cliniques qui peuvent se manifester sous la forme d'une appendicite classique facile à diagnostiquer, il peut subir certaines modifications assez suffisantes pour égarer fréquemment le diagnostic. Donc, il n'est pas toujours facile de diagnostiquer une appendicite R. C. aiguë en temps utile. Cependant, en présence de certains symptômes caractéristiques, on peut affirmer, sinon penser à l'appendicite lombaire et exclure l'hésitation au bénéfice de l'intervention. Ces symptômes cardinaux sont :

I. *Douleur*. — La douleur par son siège, est un signe très important à rechercher au cours d'une crise d'appendicite aiguë, quel que soit sa situation anatomique. Elle peut être spontanée ou provoquée. Sa constatation seule suffit à imposer souvent le diagnostic et son absence, alors que tous les autres signes d'appendicites existent, laisse hésitant les meilleurs cliniciens. La douleur dans le cas d'appendicite R. C. vraie, ne siège pas seulement dans la fosse

iliaque droite, comme dans une appendicite classique, mais souvent diffuse et imprécise et peu vive, *mais en pleine région lombaire ou rénale*. Quelquefois, elle siège très en dehors de la fosse iliaque, sur le bord externe du cæcum (*costo-iliaque*) plus près de la région lombaire que de la région abdominale, du fait de la situation postéro-latéro-interne de l'appendice. D'autre fois, elle *siège au-dessus de la crête iliaque droite dans la partie moyenne et postérieure avec un maximum d'intensité à l'angle externe du triangle de J. L. Petit*. La douleur peut, dans certains cas, s'irradier vers la cuisse dans sa partie supérieure et interne, au niveau de l'insertion du psoas sur le petit trochanter. Sans qu'il y ait encore, à proprement parler, de la contracture et de la flexion nette de la cuisse, on peut parfois réveiller une douleur assez vive par une pression lente mais soutenue de cette région. La hauteur du point douloureux lombaire est en relation avec la longueur de l'appendice. Ce point douloureux de la région lombaire ne se voit pas dans toutes les appendicites postérieures d'une manière systématique. En effet, sur les 65 cas d'appendicite R. C. vraies, 50 malades (76 pour 100) n'ont présenté aucune manifestation lombaire pouvant faire soupçonner sa situation anatomique pré-opératoire; par contre, les quinze cas restant (23 pour 100), ont présenté une symptomatologie plus ou moins typique d'appendicite avec une douleur lombaire, dont le diagnostic clinique a été posé. G. BRUN (*Presse Méd.*, 1920), prétend avoir rencontré dans 30 p. 100 des cas une douleur lombaire, pourcentage un peu plus élevé que le nôtre. Ce point douloureux, accompagné ou suivi d'une douleur plus ou moins vive dans la fosse iliaque droite, associé à une contracture des muscles de la paroi postérieure, souvent tardive, a été maintes fois obser-

vée par un très grand nombre de cliniciens. Il faut souvent rechercher cette douleur et savoir la réveiller avec soins par le palper, car bien des fois, le malade ne l'indique pas nettement de lui-même. Mais il peut arriver que le malade vienne nous voir parce qu'il souffre de la région lombaire droite et que par palpation de la fosse iliaque droite, on révèle ainsi presque toujours le point de Mac-Burney douloureux. Pour l'explorer, il faut avec deux ou trois doigts (bi-manuelle), faire une dépression profonde et lente qui réveillera une douleur assez localisée et fixe surtout lorsqu'un abcès est en voie de formation ou d'extension, vers en haut. Quelquefois, la réplétion plus ou moins grande du cæcum et du colon ascendant, leur distension par des gaz ou des matières, réalisent un véritable matelas péri-appendiculaire, à tel point que le doigt ne peut pas atteindre l'appendice et ne peut localiser le point douloureux dans la fosse iliaque, que sur le bord externe du cæcum, dans l'hypochondre ou le flanc droit, faisant penser à une affection rénale ou cholécystique.

LECENE, BLOCH et MONDOR, conseillent d'examiner le malade en position couchée sur le côté gauche, les cuisses demi-fléchies, car, dans cette position, on vide la fosse iliaque des anses qui y sont continues et en plus la dépression, par relâchement musculaire est facile. On explore ainsi toute la région voisine de la crête iliaque, depuis l'épine antérieure jusqu'au rachis et que l'on arrive à trouver par cette manière, assez souvent, un point douloureux au-dessus de la crête, vers les insertions postérieures de petit oblique et transverse plus ou moins en arrière. La palpation bimanuelle (main droite dans la fosse iliaque et main gauche dans la région lombaire-fessière), rend de grands services.

Comment expliquer l'absence de la douleur lombaire dans beaucoup de nos observations personnelles ou recueillies ? — Jusqu'à l'heure actuelle, nous n'avons trouvé nulle part d'explication à ce sujet. Voilà quelle est notre opinion :

1^o) L'appendice, dans la phase réactionnelle de la séreuse vis-à-vis d'une lésion importante et des germes virulents, contracte des adhérences avec la paroi postérieure de la fosse iliaque et le péritoine pariétal, et par tiraillement sur son méso ou par contraction musculaire du psoas d'ordre réactionnels, provoque une douleur plus ou moins lombaire. Etant donné que l'appendice contracte rarement des adhérences avec la paroi ou le péritoine pariétal postérieur, cela explique que toutes les appendicites R. C. ne s'accompagnent pas de douleur lombaire.

2^o) La douleur de la région lombaire correspond aux parties molles qui remplissent l'échancrure costo-iliaque; elles sont sous-jacentes au colon ascendant, et lorsqu'une dépression profonde sera faite lentement avec deux ou trois doigts, elle éveillera de la douleur, s'il existe un abcès en voie d'extension au-dessous du colon ascendant.

3^o) Pourquoi ne pas admettre l'étiologie de la douleur et de la contracture comme elle est admise pour l'appendicite antérieure. *Pourquoi, très rare d'ailleurs, la douleur est purement postérieure.* Car la réplétion plus ou moins grande du cæcum et du colon ascendant, sa distension par des gaz ou des matières, réalisent un véritable matelas péri-appendiculaire. Le doigt ne peut atteindre ainsi l'appendice et ne peut localiser le point douloureux antérieur, que sur le bord externe du cæcum ou en arrière.

II. *Absence ou atténuation de réaction péritonéale.* — Contrairement à ce qui se passe dans la variété antérieure,

dans cette forme, l'inflammation et le pus sont distants de la grande cavité péritonéale et nous ne retrouvons plus ces symptômes graves qui se traduisent par une température élevée, un ventre en bateau, un faciès grippé, une langue saburrale, etc. Dans la variété postérieure de l'appendicite, nous assisterons à une atténuation ou à une absence complète de réaction péritonéale : le ventre souvent non ballonné, est à peine douloureux, il est surtout sonore. La sonorité perçue par répercussion se voit surtout s'il existe une collection, car celles-ci étant souvent en arrière du cæcum distendu par les gaz, elle ne pourra pas provoquer de matité, à moins qu'un abcès R. C. très volumineux le pousse de dehors en dedans et alors, elle est remplacée par matité ou submatité.

MAUGOLDT décrit un bruit de pot felé analogue à celui qui est obtenu en percutant au niveau d'une caverne pulmonaire « signe de MAUGOLDT » ; il manque ou peut manquer, dans l'appendicite banale. Ce signe tympanique par distension gazeuse, comme le dit MONDOR, nous rassure et nous fait écarter l'idée d'une collection, mais elle met en danger la vie de notre malade. Si la fièvre monte le premier jour à 39° ou le dépasse par suite d'une réaction de l'organisme, elle descend bientôt à 37 ou 38° et se maintient aux environs de ce chiffre ; malgré un pouls rapide, des frissons, parfois du délire, teint plombé et subictérique, langue sèche et oligurie, enfin, tous les signes d'une intoxication. Cette accélération de pouls s'observe surtout chez les enfants, car chez eux, la moindre affection, en apparence la plus bénigne, provoque une augmentation du nombre des pulsations. Les vomissements, caractéristiques de la réaction péritonéale, assez abondants dans l'appendicite antérieure, cessent rapidement dans l'appendicite

R. C., ou sont peu abondants. Parfois même, le malade n'a que des nausées pénibles, mais ne vomit pas.

Très rarement l'appendicite R. C. aiguë prend l'allure d'une péritonite généralisée, à moins qu'il ne s'agisse d'une appendicite intermédiaire entre une position antérieure et postérieure, et ceci peut permettre assez facilement l'ouverture d'un abcès appendiculaire dans la séreuse.

III. *La contracture musculaire.* — La contracture musculaire et l'hyperesthésie cutanée peuvent être absentes au palper de la fosse iliaque proprement dite; c'est alors en arrière qu'il faut chercher la défense musculaire et la sensibilité exagérée. Quelquefois cette contracture siège sur le bord externe du cæcum (costo-iliaque), ou elle est sus-iliaque. Cette contracture lombaire apparaît quelquefois tardivement comme la douleur elle-même. La palpation de la région correspondante du côté gauche, qui reste souple, permet de mieux constater encore le phénomène. Comme nous venons de dire, la palpation du ventre dans l'appendicite postérieure montre l'absence de contracture et la souplesse de la paroi permet un examen minutieux de la fosse iliaque, et malgré cela souvent on ne peut rien réveiller à cause du tympanisme. Cependant, en essayant de déprimer les plans musculaires, on s'aperçoit qu'on pénètre moins aisément dans la fosse iliaque droite que dans celle du côté opposé et qu'on peut réveiller une douleur lointaine, révélatrice d'un foyer dissimulé. Dans l'appendicite péritonéale banale, ordinairement, la contracture est manifeste, parfois il existe un véritable ventre de bois! La réaction du psoïtis avec la cuisse en flexion, abduction, et avec rotation interne ou externe, lorsqu'elle existe, est évidemment aussi un très bon signe clinique, mais cette

réaction est loin d'être fréquente; ; cependant, il ne faut pas la négliger.

Cette attitude vicieuse comme dans le psoïtis est la signification de l'inflammation secondaire ou de l'irritation de voisinage du psoas par le processus inflammatoire venu de l'appendice en situation postérieure.

GYLINEY (*Amer. Journ. Of. Med. Social.* 1881, p. 119), note que dans cinq cas l'attitude des malades était celle des coxalgiques. Certains malades, couchés ou étendus ne peuvent rester dans cette position que la cuisse fléchie, chez d'autres, la palpation provoque la flexion (avec légère rotation externe) de la cuisse sur le bassin. Mais cette manœuvre a été notée positive chez les sujets indemnes d'appendicite (réflexe de défense), ou chez les anciens opérés d'appendicite (par des adhérences), mais il a sa valeur, si la mise en extension est douloureuse. On peut chercher la douleur par l'extension forcée du membre inférieur. On couche le sujet sur le ventre, et prenant la jambe, on l'enlève jusqu'à ce qu'on détermine une extension forcée de la cuisse sur le bassin. La manœuvre n'est pas douloureuse à gauche, mais à droite, elle provoque un tiraillement douloureux que le sujet localise dans le ventre. On peut aussi mettre le sujet debout, lui faire appuyer les pieds sur le dos d'une chaise et faire la même manœuvre d'extension de la jambe droite. Cette manœuvre, à gauche n'est pas douloureuse. La flexion de la cuisse droite est un signe qui se rencontre davantage dans l'appendicite postérieure que dans l'appendicite péritonéale, mais presque toujours, c'est un psoïtis à forme légère.

Les variations de sonorités de l'épine iliaque antérieure et supérieure ont une valeur semiologique considérable pour DIONIS, de Clermont-Ferrand (*Gaz. des Hôpit.*, 9 mars 1911), il est souvent mat.

IV. *Empâtement profond.* — Il faut aussi rechercher toutes les sensations d'empâtement lombaire et sus-iliaque profondes, peu mobiles et douloureuses, qui peuvent faire soupçonner l'existence d'un abcès très éloigné de la paroi antérieure. Cet empâtement peut remonter en haut jusqu'au foie et jusqu'au rein ou se diriger en bas et en avant en contournant la crête iliaque. L'exploration sera moins difficile si le malade est incliné du côté gauche comme dans la recherche de la douleur. La matité complète ou la submatité à la percussion profonde dans les régions ci-dessus, indiqueront également la présence de la collection.

V. *A ces signes, on peut ajouter:* a) *l'œdème et la voussure de la région lombaire et sus-iliaque moyenne ou postérieur* qui permettront de reconnaître l'existence d'une tuméfaction ou d'un abcès profond, signes qui sont tardifs et qui parfois même n'existent pas.

b) *Toucher rectal* qui doit être toujours pratiqué; il peut révéler la présence d'un abcès, qu'il ne faut pas se hâter d'interpréter comme conséquence d'une appendicite pelvienne, car le pus, comme nous l'avons vu, peut descendre en bas, au-devant du rectum et former au-devant de cet organe un abcès.

c) *Quelques troubles digestifs inconstants:* diarrhée ou constipation, anorexie, mais souvent l'intestin paraît fonctionner normalement.

d) *Numération leucocytaire:* si on peut la pratiquer elle aura une grande valeur pour apprécier la formation et l'extension d'un abcès; elle montrera un taux de leucocytose élevé de 18 à 20.000, avec une polynucléose atteignant et même dépassant 75 à 80 pour 100. Car dans l'appendicite aiguë R.C., en présence du défaut de signes péri-

tonéaux, on croit se baser sur l'élévation de la température à 38,5 pour prévoir la gravité du pronostic, or la température reste basse tant que l'abcès est enkysté et loin de la cavité péritonéale.

Conclusion. — L'absence ou l'atténuation de la réaction péritonéale associée à la douleur, à l'empâtement lombaire ou sus-iliaque, et à la sonorité abdominale antérieure, peuvent être prises comme signes certains de la situation postérieure de l'appendice dans l'appendicite R. C. aiguë.

CHAPITRE V

FORMES CLINIQUE

L'appendicite postérieure ou lombaire inflammée peut se manifester cliniquement: soit comme nous venons de le décrire, par des symptomatologies spéciales, soit par des signes classiques plus ou moins marqués d'une appendicite banale. Dans ces derniers cas, on pose facilement le diagnostic d'appendicite et la topographie de l'appendicite ne serait qu'une découverte opératoire. Dans d'autres cas, moins nombreux du reste, le tableau clinique classique est profondément trouble, et alors, si on n'y pense pas, le diagnostic d'intervention n'étant pas posé en temps utile, l'évaluation de cette appendicite R. C. méconnue peut se faire soit: « Vers une accalmie plus ou moins incomplète, qui peut récidiver mais avec l'abcès ou péritonite; 2°) Soit vers un abcès localisé ou une péritonite d'emblée; cette dernière, ignorée à son tour peut réaliser des immigrations plus ou moins lointaines et une résorption toxine mortelle ceux que réalisent la vraie complication d'appendicite lombaire. Ces erreurs sont assez fréquentes, même pour des cliniciens avertis.

Donc, d'après cette évolution d'appendicite R. C. aiguë, on peut envisager deux grandes formes cliniques :

A) L'appendicite R. C. aiguë à forme simple ;

B) L'appendicite R. C. aiguë à forme compliquée ou avec abcès ;

A) L'appendicite rétro-cæcale aiguë à forme simple. — Il s'agit au début d'une infection qui peut se présenter d'après des signes fonctionnels et généraux, soit comme une crise d'appendicite classique, ou au contraire, être modifiée, devenir atypique. Dans l'ensemble, on peut les présenter sous quatre modalités cliniques.

I. L'appendicite rétro-cæcale aiguë simple à symptomatologie antérieure ou iliaque (70 à 76 p. 100, Obs. II). — Ici, on est en présence de symptômes qui sont ceux d'une appendicite banale et classique, mais souvent atténués, du fait de sa situation postérieure et qui ne méritent pas de retenir notre attention. D'autant plus qu'il n'y aura pas la moindre difficulté de diagnostic et l'opération précoce est souvent préposée. Devant ces symptômes classiques plus ou moins accentués on peut constater au cours de l'opération des lésions minimales ou importantes, autrement dit, l'atténuation des signes cliniques n'est pas attribuable à des lésions minimales et ce fait est très commun dans l'appendicite rétro-cæcale.

II. L'appendicite rétro-cæcale et sous-hépatique aiguë à symptomatologie haute avec ou sans symptômes lombaires. — 1°) Un appendice R.C. long et ascendant peut se ter-

miner dans la loge sous-hépatique. S'il est infecté, il y donne lieu à un foyer inflammatoire.

2°) D'autres fois, on peut se trouver en présence d'une appendicite sous-hépatique par arrêt de migration du cæcum (voyez anatomie). Cette deuxième éventualité exceptionnelle est fréquente chez les enfants. DELBET, en 1897, a montré à la société anatomique un exemple bien typique de cette anomalie, ainsi que M. GLANTENAY (*Press. Méd.*, 1900). M. BARBET *communiqué* (Société des chirurgiens de Paris, 1926, 4 mai), trois observations, dans lesquelles le cæcum était fixé par des adhérences directement sous le foie et l'appendice atteint d'inflammation, était rétro-cæcal, au milieu des adhérences. Dans deux cas, le cæcum horizontal, se continuait directement à gauche par le colon transverse.

Comment se présente-t-elle en clinique. — L'étude des commémoratifs est très instructive. Le malade présente de temps à autre des troubles digestifs qui s'accompagnent de douleurs dans le côté droit de l'abdomen. Mais ces phénomènes douloureux étant plus accusés dans la région haute, sous le foie, à ces troubles s'ajoutent parfois du subictère, quelquefois même de l'ictère franc. La crise aiguë survient. La température s'élève, le pouls devient plus rapide. La douleur accusée par le malade est vive, elle est de siège variable. Parfois épigastrique avec extension sur le rebord costal droit et lombaire, obs. I. La palpation révèle le point de Mac-Burney seul ou associé à d'autres points douloureux classiques, mais elle montre aussi que le maximum de la douleur est sous-hépatique. De même, on trouve de la contracture à droite, mais cette contracture est fréquemment plus accusée sous le foie.

Quelquefois l'appendicite sous-hépatique est à forme occlusive (Dr. LEGUINOT, dans *Journ. des praticiens*, du 25

octobre 1930, p. 695 cite un cas chez un homme de 54 ans pris pour une occlusion intestinale.

III. L'appendicite rétro-cæcale aiguë à symptomatologie prédominante lombaire ou abdominale (Obs. III et I). —

Plus fréquente que la forme urinaire et relativement facile à diagnostiquer. C'est ici qu'on observe souvent la symptomatologie typique d'appendicite rétro-cæcale à prédominance lombaire ou abdominale que nous avons déjà décrit. Quelquefois la crise peut prendre une allure plus ou moins bâtarde, précédée antérieurement par des petites crises interprétées comme coliques hépatiques ou néphrétiques, mais toujours sans signe urinaire important qui puisse attirer l'attention. Souvent, la symptomatologie antérieure, qui quelquefois apparaît le lendemain ou le surlendemain de la douleur lombaire (provoquée ou spontanée) malgré qu'elle soit légère, fugace ou spontanée, suffit à faire le diagnostic d'appendicite rétro-cæcale. Dans toutes nos observations répondant à ce type, nous avons pu trouver le point de MacBurney douloureux. Par une pression méthodique, lente et profonde, on éveillera souvent un point douloureux dans la fosse iliaque, mais le maximum se trouve soit en dehors de la zone appendiculaire, plus ou moins haut (costo-iliaque), soit en pleine région lombaire. La palpation révèle souvent une vive résistance musculaire de la région lombaire droite, qui est nettement différente avec celle du côté opposé.

La position de décubitus latéral gauche du malade avec les cuisses fléchies, est souvent utile pour pouvoir mieux explorer la fosse iliaque et le flanc droit, dont bien souvent la palpation révèle une fosse un peu pleine et sensible.

En résumé, si on se trouve en présence d'une crise aiguë

accompagnant la symptomatologie typique d'appendicite lombaire et qu'aucun autre symptôme ne fait penser à la possibilité d'une lésion rénale ou hépatique, un médecin averti sur cette forme anormale, sans perdre de temps, décidera l'intervention pour une appendicectomie. Cependant, on peut être induit en erreur et penser à un phlegmon péri-néphrétique en évolution. Une observation publiée par le Dr Maurice AUVRAY, et celle du service de notre maître (Obs. I), M. le professeur MASSABUÂU, en sont deux beaux exemples (Diagnostic de l'appendicite R.C. aiguë).

Je me souviens avoir été appelé, il y a quelques mois auprès d'un jeune homme chez lequel le médecin traitant, se basant sur l'existence de la douleur lombaire, accompagné d'un cortège d'accidents généraux graves, admit la présence d'une suppuration rénale ou périrénale. Je porte au contraire le diagnostic d'appendicite (probablement rétro-cæcale), qui fut confirmé par l'opération, en m'appuyant: 1° Sur une analyse très précise de la douleur qui existait bien, il est vrai, en arrière, au niveau de la région lombaire, mais qui atteignait son maximum, en avant du niveau du flanc droit, un peu au-dessus du point de MacBurney; 2° Sur la gravité des accidents généraux et des phénomènes de réaction péritonéales (qui peut être atténuée ou faire défaut); 3° Sur l'existence de trouble digestifs antérieurs et sur l'absence au contraire, de tout antécédent pathologique du côté des voies urinaires ».

L'appréciation des symptômes initiaux a, en effet, dans l'espèce, une grande importance.

Souvent l'opérateur est étonné de trouver chez un malade à symptomatologie assez frustre, une appendice gangrené et parfois perforé (Forme ambulatoire d'appendicite.

OUKARD, *Presse Méd.*, 1930, 4 juin), qui est assez commune dans l'appendicite R. C.

IV. *L'appendicite R. C. aiguë à symptomatologie abdomino-lombaire à forme urinaire.* — Nous disons à symptomatologie abdomino-lombaire, car, en effet, il existe rarement une manifestation lombaire provoquée à l'état isolé, mais elle peut être prédominante comme dans la forme précédente. Cependant, on peut assister à une douleur lombaire spontanée dont la palpation méthodique révèle presque toujours le point douloureux classique de Mac-Burney. Cette forme d'appendicite lombaire ou abdomino-lombaire est moins fréquente, mais plus grave que les précédentes, autant au point de vue général que local. Car elle évolue avec des signes postérieurs et urinaires plus ou moins importants qui égarent le diagnostic et font penser à une pyelo-néphrite ou suppuration péri-néphrétique en voie de constitution. Heureusement, dans beaucoup de cas (98 pour 100), la douleur à la palpation du point de Mac-Burney nous guide, à moins qu'on l'attribue à un point urétéral. Cette erreur de diagnostic commande un traitement approprié qui n'empêchera pas l'évolution de l'appendicite R. C. Par conséquent, c'est la forme sur laquelle nous allons insister davantage.

La relation anatomique (voyez chapitre d'anatomie) et physio-pathologique de l'appendice banale et en particulier rétro-cæcale par contiguité ou par connexion vasculaire avec le rein et l'uretère droit (LAQUIERRE: *Journ. d'Urol Méd. et Chir.* xxii, n. 2 et 3, 1926) ont déjà fait l'objet de nombreux travaux. (Prof. LEGUEU dans une leçon clinique, publiée par le *Journal des Praticiens*, avril 1933). D'après cette relation, on a décrit: 1° Les appendicites qui ressemblent à des affections urinaires; 2° Des affections

urinaires qui ressemblent à l'appendicite; 3° Des appendicites qui coexistent avec les affections urinaires.

Sans faire d'emblée, une étude séparée de ces trois éventualités, nous allons étudier d'abord ici les accidents urinaires au cours de l'appendicite postérieure ou lombaire, et pour les deux autres, nous les verrons au fur et à mesure dans le diagnostic et les complications de l'appendicite lombaire.

Les signes urinaires au cours d'une appendicite (presque toujours postérieure, remontant jusqu'au niveau du rein), peuvent être minimes, où la symptomatologie typique serait suffisante pour poser le diagnostic. Mais dans d'autres cas, le symptôme urinaire est prépondérant, masque les signes d'appendicite qui sont minimes et le sujet se présente à nous comme un malade urinaire pur. Nous devons beaucoup de précisions à ce sujet aux travaux publiés jusqu'à ces dernières années par PROUST et GAGET (*Société de Chirurgie*, 1914); HEITZ-BAYER, en 1922; GÖELINGER (Thèse de Bauvier, 1924); GUI LAROCHE (*Paris Médical*, 1924); P. LOMBARD et LAGROT (*Algerie Médicale*, 1931); Georges BACHY (*Soc. Nat. de Chirurgie*, 1930, 28 mai); LEGUEU (*Progrès Médical*, 1930), surtout par GAÛME (1932, *Bulletin Médical*). Cette forme d'appendicite lombaire peut se présenter cliniquement sous trois signes d'ordre urinaire et un signe d'ordre digestif.

a Douleur lombaire.

Il s'agit d'une douleur lombaire droite spontanée ou provoquée, parfois bilatérale, mais qui a toujours son maximum du côté droit. Cette douleur exacerbée par crises, est toujours nettement provoquée par la palpation en pleine région lombaire, peut être prise pour l'hydronéphrose rein mobile ou vertébral. Ce point douloureux pourra revêtir d'autres aspects simulant la colique néphrétique, avec ses

irradiations vers la cuisse, la région inguino-crurale, et même testicule. Toutes ces douleurs quel que soit le type, seraient calmées immédiatement après l'appendicectomie. Chez ces malades, lorsque l'examen méthodique clinique (si on peut en faire un, examen laboratoire) de l'appareil urinaire est négatif, on donnera une grosse importance aux antécédents personnels du malade, en cherchant d'une crise d'appendicite antérieure. On cherchera méthodiquement le point douloureux au Mac-Burney, que l'on trouve généralement, et on se gardera de le considérer comme un point douloureux urétéral.

β Hématurie. — Relativement moins fréquente. Parmi nos 65 observations des appendicites R. C. et deux cents d'appendicites non rétro-cæcales, nous ne l'avons jamais constaté, même microscopiquement. KUMMELLE, sur 8.600 cas opérés d'appendicite, a eu trois fois des hématuries. SBUTZIN, par contre, sur 200 opérés, en a eu trois fois également (1917). J. G. GOTTLIEH (*Zeitschrift für Urologische chirurgie*, xv, fasc. 1 et 2, 1924, n° 30-49), après un exposé de 19 pages, prétend que souvent une hématurie fait croire à une altération primitive de l'appareil urinaire, alors qu'elle n'est que la complication d'une appendicite. Elle se voit plus fréquemment dans l'appendicite R. C. chronique et souvent dans la forme toxique ou bien au déclin des formes aiguës et complications post-opératoires chaud ou froid. NOVÉ-JOSSERAND (*J. Chirurgie*, 1924), sur 28 cas l'hématurie donna le résultat suivant :

7 fois, au cours d'une crise aiguë, dont 4 succombèrent et leur mort fut attribuée à l'incertitude du diagnostic qui retardarda l'appendicectomie. Parmi les 11 qui eurent une hématurie après une appendicite aiguë, il s'agissait toujours de jeunes sujets, 6 avaient été opérés précocement

et 5 ne l'avaient été que tardivement. Leur hématurie fut à tous brève et bénigne.

Parmi les 9 au cours de l'appendicite chronique, il s'agissait de malades de 20 à 25 ans qui guérissent, ce qui fait qu'aucune autre constatation anatomo-pathologique ne fut possible que celle des lésions de l'appendice malade. Mais au cours de l'appendicit aiguë rétro-cæcale ou autres, l'hématurie relève toujours d'une néphrite aiguë uni ou bilatérale et est due à de multiples infarctus rénaux..

Au point de vue pathogénique, d'après les différentes constatations, nous concluons ainsi: a) sans altération rénale, peu satisfaisant ; b) avec altération rénale: 1) coïncidence: calcul rénal ou hydronephrose, etc.; 2) due à l'appendicite en particulier postérieure; a) infarctus par embolie veineuse ou microbienne.

(CARESS et VON FRISCH, en se basant sur 17 cas), b) par toxi-infection, M. Maurice CHENASSU et M. R. GOUVERNEUR, dans *Soc. Médic. de Chirur.*, mai 1930), en considérant l'appendicite comme une véritable amygdale abdominale; c) par inflammation directe et productrice d'adhérences au rein ou à l'uretère par congestion réflexe du rein.

Comment se présentent-elle en clinique? C'est ordinairement le rein droit infecté qui saigne; il peut être le seul symptôme (exceptionnel); on porte le diagnostic de néphrite hématurique. Mais elle s'accompagne souvent d'autres signes urinaires: colibacillurie et douleurs lombaires surtout; le sujet ressent une douleur vive, lancinante, abdominale ou lombaire, unilatérale, qui s'irradie dans la vessie, l'aîne, la cuisse droite, même le testicule et aux grandes lèvres, puis se calme avec l'hématurie. Le malade peut avoir des nausées et des vomissements. L'hématurie peut

être indolore; dans ce cas, on cherche lithiasse, tuberculose, néoplasme, etc.

En somme, dans les hématuries non explicables par toute autre cause, il faut penser à la possibilité d'une appendicite souvent rétro-cæcale plus haut située. Autant que possible un examen méthodique et complet doit être réalisé (cyto-bactériologique, pyoloscopie et pyélographie) pour pouvoir décider le traitement approprié. Dans les cas douteux, il faut d'abord, de préférence, enlever l'appendice que s'attaquer d'emblée au rein.

8) *La pyurie et bactériurie*. — Elle est en général très légère et pas suffisante pour caractériser la pyélonéphrite à laquelle on pourrait avoir affaire si les symptômes étaient causés par une pyélonéphrite. Il y a plutôt bactériurie; dans ces cas, le colibacille est en petite quantité, discret, et on peut se demander si l'appendicite elle-même n'est pas le point de départ des coli-bacilles et de leur élimination par le rein.

On a signalé de la cystite avec pollakiurie, ou anurie. — ROCHET et MALAVRE ont observé (*Soc. Nat. de Méd. et des Scienc. Méd. de Lyon*, en 1925) chez un homme de 56 ans, adipeux, l'anurie, qui était le seul symptôme de l'appendicite postérieure. Le malade meurt aus milieu de signes péritonéaux et l'autopsie montre un prolongement pelvien de l'abcès rétro-cæcal qui avait atteint la région rénale antérieure.

Les troubles digestifs sont d'ordre tout à fait banal et voient souvent dans la forme chronique.

Ces malades qui semblent souffrir du rein droit, qui ont des douleurs lombaires continues, survenant par crises, se plaignent bien souvent aussi un peu du ventre, surtout au point de Mac Burney, qui est attribué à un point urétéral. De

telle sorte qu'il suffit toujours d'avoir présent à l'esprit cette forme urinaire d'appendicite postérieure et y penser chaque fois qu'on ne peut pas attribuer à toute autre cause les signes urinaires.

Que devient l'appendicite rétro-cæcale aiguë simple si elle n'est pas opérée dans les 48 premières heures ? — Cette éventualité n'est pas étonnante étant donné que les signes de ces formes sont assez différents de ceux de l'appendicite antérieure pour qu'elles ne soient pas diagnostiquées par les médecins dans les premiers jours de la maladie ou bien que le malade ait été vu tardivement, ce qui arrive souvent en pratique.

Deux cas peuvent se présenter : 1) La crise se résout pour un temps plus ou moins long et les phénomènes aigus disparaissent ; il n'existe plus alors aucun signe ou quelquefois il reste un endolorissement lombaire. En pareil cas, il n'est pas à l'abri d'une récurrence. Souvent, après une accalmie temporaire ou incomplète, la fièvre se rallume et l'état général s'altère et on assiste, soit à une appendicite lombaire évoluant vers l'abcès enkysté ou migrateur ou à une péritonite généralisée d'emblée ou secondaire.

2) Ou bien la crise de l'appendicite évolue d'emblée vers la suppuration enkystée ou vers la migration plus ou moins lointaine. Nous étudierons cette évolution successivement, soit dans la forme compliquée ou dans la complication de l'appendicite aiguë rétro-cæcale.

L'appendicite rétro-cæcale aiguë compliquée évoluant vers l'abcès.

Nous allons d'abord envisager les suppurations intra-péritonéales, ensuite l'évolution extra-péritonéale de l'abcès qui est souvent secondaire.

A) *Les suppurations intra-péritonéales.*

Tant que la barrière postérieure reste indemne, l'évolution de l'abcès reste intra-péritonéale; il s'enkyste souvent dans la fossette rétro-cæcale ou rétro-cæco-colique, d'où :

1) *Forme aiguë ou subaiguë de l'appendicite lombaire avec abcès enkysté.* — C'est la forme la plus fréquente et la plus légitime. Dans les appendices péritonéaux, l'organisme peut parfois construire un système de protection, des barrières défensives, aux dépens du péritoine et des adhérences inflammatoires dans lesquelles se collectera le pus. L'appendicite rétro-cæcale, déjà très isolée de la cavité péritonéale fera encore plus facilement des suppurations enkystées.

Signes cliniques. — Sans décrire séparément l'expression clinique *abdomino-lombaire*, *l'abdominale* ou *lombaire pure* de cet abcès, nous allons étudier leurs caractères cliniques tout en citant trois observations répondant à ces trois variétés.

C'est une forme à marche assez lente, à évolution sournoise, elle progresse pendant plusieurs jours, avant que l'attention soit attirée finalement vers la région lombaire. Le malade présente plus ou moins brusquement les signes qui caractérisent l'appendicite au début, quelquefois à prédominance dans la fosse iliaque droite: douleurs, parfois des vomissements, la fièvre qui s'élève entre 38°5 et 39°. On observe rarement le ballonnement du ventre et l'hyperesthésie cutanée. *Au bout de 24 à 48 heures, l'orage s'atténue* et une accalmie de deux ou trois jours fait croire à la guérison. Dans cette période de la collection du pus, on voit persister une douleur peu accentuée (à la palpation profonde), la fièvre est peu élevée, même avec les abcès énormes (37 à 38°), les troubles digestifs (diarrhée ou constipation). L'état général, touché pendant les deux premiers

jours, redevient bon et souvent l'appétit commence à renaître et tout danger paraît écarté. Quelquefois, il y a des selles normales. *Vers le septième jour ou plus*, sous l'influence d'une reprise très prudente de l'alimentation liquide, soit à la suite de léger purgatif, soit même sans cause apparente, on voit les douleurs se renouveler ou augmenter d'intensité. La température remonte, prend le type oscillant, 39 à 39°5 le soir, 38 à 38°5 le matin. Cette ascension thermique due à l'augmentation de volume de l'abcès et à l'envahissement brusque ou progressive des régions jusque-là indemnes. Le pouls reste rapide, 100 à 110, et les phénomènes ne cèdent pas, malgré le traitement par la glace et la diète. Il y a peu ou pas de ballonnement, une légère résistance quand on cherche à déprimer profondément la paroi et on réveille à nouveau de la douleur. Le seul signe frappant, c'est la constatation d'un météorisme localisé de la fosse iliaque. La simulation de cet abcès à l'expression lombaire avec le phlegmon périnéphrétique est possible; cependant la caractéristique d'abcès rétro-cæcal facilite le diagnostic.

Le contraste entre les signes généraux et locaux doit faire penser à une appendicite postérieure dont on doit chercher les signes: La palpation bi-manuelle (le malade couché sur le côté gauche) profonde de la région avoisinant la crête et l'épine iliaque antérieure jusqu'au rachis révélera souvent une défense, puis un empâtement profond et douloureux. La percussion à ce niveau montrera une légère matité. La dépression profonde de la région lombaire, le malade étant un peu soulevé, déterminera une assez vive douleur. Le psoas iliaque sous-jacent peut être impressionné par le voisinage de l'abcès qui se manifeste par un mouvement de défense et de flexion de la cuisse droite, spontané ou provoqué par palpation. Extention complète peut deve-

nir impossible et sa réalisation entraînera de la douleur ou une légère encellulo-lombaire compensatrice. Enfin l'apparition d'une voussure d'œdème et d'une circulation collatérale localisée au niveau de l'empâtement ont été signalés. Les compressions des veines iliaques et du plexus lombaire provoquent l'œdème des extrémités et des douleurs ou crampes des membres inférieurs. On note de la leucocytose élevée (18 à 20.000) avec une polynucléose (75 à 80 p. 100).

Le toucher rectal peut permettre de sentir sur le côté droit du rectum et assez haut, une masse de consistance variable, quelquefois à peine perceptible, d'autres fois tendue et facilement accessible. Il reste souvent négatif.

La destinée de cet abcès enkysté. — Nous savons que la localisation rétro-colique du pus s'oppose à sa rapide diffusion et constitue une condition favorable à son enkystement et à sa résorption plus ou moins complète. Ainsi certain nombre de ces appendicites postérieures avec abcès enkysté, avec ou sans traitement médical se refroidissent sans incident. Cette éventualité n'est pas exceptionnelle qui, au cours d'appendicectomie à froid, comme nous l'avons vu à plusieurs reprises, permet de rencontrer un petit abcès résiduel. Obs. V, VI, IX.

Il n'en est malheureusement pas toujours ainsi. Il arrive que faute d'une exploration méthodique et journalière du ventre, l'abcès reste méconnu. Cette collection non évacuée continue à croître avec persistance ou augmentation des phénomènes généraux; elle entraîne alors des décollements plus ou moins étendus, créant le passage pour le pus. Le pus pourra remonter ainsi en haut vers l'angle hépatique du côlon, ou en bas, du côté du pelvis. Il peut envahir la grande cavité péritonéale par le bord externe du cæcum, si la séreuse ne peut pas ou n'a pas eu le temps de se défen-

dre par des adhérences solides. Il peut arriver que la propagation péritonéale de l'abcès soit arrêtée par des adhérences protectrices renforcées par les anses grêles et l'épiploon. On a alors le tableau d'une appendicite banale avec l'abcès enkysté antérieur annexé à une poche profonde, plus ou moins dissimulée.

Ainsi on peut conclure que l'abcès rétro-cæcal intra-péritonéal peut se présenter sous trois variétés cliniques (lombo-abdominal, lombaire, abdominal, dont les deux dernières sont moins fréquentes.

2) *Forme aiguë d'appendicite postérieure avec allure de péritonite généralisée.* — La situation anatomique de l'appendice rétro-cæcal et de l'abcès consécutif permet de prévoir la rareté de cette forme par rapport à l'appendice péritonéal. Cependant cette forme peut exister soit dans l'appendicite latéro-cæcale ou rétrocæcale vraie. Cela s'explique soit par la rapidité de propagation de l'inflammation qui ne permet pas un cloisonnement suffisant, franchissant l'étape d'emblée, soit que la formation d'un abcès très volumineux rompe les barrières protectrices plus ou moins solides, s'inocule secondairement dans la grande cavité péritonéale. D'où péritonite d'emblée ou secondaire.

a) *La péritonite généralisée d'emblée à forme pseudo-occlusive.* — Dans ce cas, l'envahissement est assez rapide avec des signes plus ou moins inquiétants, mais il est rarement foudroyant et dramatique dès le début comme dans une perforation en pleine cavité péritonéale. Car le pus, malgré les barrières insuffisantes est pendant quelque temps, postérieur assez loin de la grande cavité. Il s'agit presque toujours de lésions appendiculaires graves.

Le tableau clinique. L'état général. — La température oscille entre 38 à 39°; parfois on la signale plus basse; le pouls

est rapide, 120 à 130; l'état général est touché: facies péritonéal, langue saburrale; on a signalé du subictère.

Signes fonctionnels. — Ils sont peu modifiés: quelques vomissements (un ou deux), puis remplacés par des nausées. L'arrêt des matières et des gaz n'est pas absolu, car on note quelques gaz et même de la diarrhée ou de la constipation.

Signes physiques. — Les signes physiques rappellent davantage l'occlusion (occlusion paralytique de péritonite généralisée) que ceux de la péritonite. Quelquefois le tableau péritonéal est tellement effacé qu'on ne peut faire le diagnostic d'une occlusion si les antécédents du malade ne montrent pas une crise aiguë antérieure à droite (BLOCH rapporte un cas semblable dans l'*Avenir Médical*, 1930).

Dans cette dernière éventualité, c'est souvent l'appendice rétro-cæcal à forme méso-cæliaque (VIGNARD).

L'inspection montrera un ventre légèrement ballonné qui respire plus ou moins bien. *La palpation* révélera une paroi tendue, mais non uniformément contracturée, ce n'est pas du tout le ventre de bois classique. On arrive parfois à enfoncer et déprimer légèrement la paroi et à provoquer une douleur d'ailleurs peu intense, mais avec un maximum net dans la région appendiculaire, quelquefois aussi à gauche. *La percussion* montrera le ventre météorisé et tympanisé. La matité hépatique est souvent disparue et on signale souvent un peu de matité sur le flanc, au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure droite. Le toucher rectal impossible est très douloureux.

Péritonite généralisée en deux temps. — Dans le deuxième cas, l'envahissement du péritoine est tardif et secondaire.

Tout d'abord, le début aigu est suivi par une accalmie trompeuse qui fait croire à une résolution spontanée. Puis, brusquement, le pus qui était sous pression, sous le cæcum,

circonscrit, rompt les fausses membranes plus ou moins solides et envahit la cavité péritonéale. Alors, il se manifeste cliniquement comme une péritonite d'emblée qui peut quelquefois emporter le malade. Crise en deux temps et souvent la signification d'une perforation de l'appendice (Pierre DELBET).

En résumé. — 1) L'apparition d'une douleur plus ou moins généralisée à prédominance droite; 2) Ballonnement toujours plus discret que dans l'occlusion vraie, accompagné de signes intestinaux paradoxaux (arrêt des matières avec persistance du passage des gaz ou au contraire, établissement d'une diarrhée séreuse profuse ; 3) Une crise aiguë antérieure plus ou moins nettement localisée à droite. Voilà les trois signes qui doivent faire poser le diagnostic de péritonite d'origine appendiculaire et ordonner l'opération d'urgence. Les observations suivantes sont des exemples de chacune de ces éventualités. Obs. VII et VIII.

B) *Les suppurations extra-péritonéales.* — Les localisations sous-péritonéales primitives sont rares (VIGNARD, 1914). Elles peuvent être précoces par érosion ou fissuration rapide du péritoine sous-cæcal ou secondaire à des inoculations de la paroi postérieure par des voies lymphatiques et veineuses. Quoique, actuellement, du fait d'une intervention précoce, elles soient rares et doivent être considérées comme un souvenir historique, mais du fait qu'elles peuvent exister, il est intéressant de les étudier. D'après l'étude anatomique, nous savons qu'il existe sous le péritoine pariétal une vaste gaine remplie de tissu cellulaire, plus ou moins infiltré de graisse qui se prolonge en haut, en bas et latéralement ; elle fait pour ainsi dire le tour de l'abdomen. Par ce fait, la suppuration aura beaucoup tendance à extension, mais la menace de péritonite par dif-

fusion d'emblée ou après une rupture est moins grande que dans la suppuration intrapéritonéale. Quant à son évolution anatomique générale, nous avons assez insisté dans le chapitre d'anatomo-pathologie; par conséquent il est inutile d'y revenir.

Dans l'étude clinique du phlegmon sous-péritonéal, nous envisagerons ici seulement ceux qui sont directement en rapport avec la situation postérieure de l'appendice. Les abcès à distance, nous les renvoyons au chapitre de la complication de l'appendicite lombaire rétro-cæcale, comme ceux de l'intrapéritonéale.

1) *Phlegmon iléo-lombaire sous-péritonéal*. — Il se voit d'habitude dans l'appendicite postérieure. Il est bien difficile de le différencier de l'abcès rétro-cæcal ou colique intrapéritonéal, qui représente la première étape de cette variété de suppuration. Cependant, l'existence de la suppuration étant soupçonnée, à cause de la persistance de la fièvre et du mauvais état général, une poussée nouvelle de la température, accompagnée de quelques frissons, peuvent faire penser au passage du pus en arrière de la barrière péritonéale.

Signes locaux. — La tuméfaction formée par l'abcès augmente de volume et vient plus largement au contact de la paroi abdominale, au-dessus de la crête iliaque ou dans le flanc droit. La palpation est douloureuse; elle permet, si c'est possible, de percevoir une masse généralement dure, plaquée et étalée contre la fosse iliaque droite. Le toucher rectal permet parfois d'apprécier le point déclive. Si l'abcès est plus haut situé, c'est du côté de la région lombaire droite que s'étend l'empâtement. Elle est perceptible seulement à la palpation bi-manuelle, comme pour l'exploration du rein, sous la forme d'une tuméfaction profonde répondant à la paume de la main lombaire, qui peut faire penser

à l'existence d'une suppuration périrénale ou d'une tumeur rénale. Cette impression s'accroît à mesure que la tuméfaction augmente, et tombe dans la région lombaire, provoque de l'œdème, de la rougeur cutanée indiquant la voie d'accès. Ce sont des signes tardifs indiquant que le pus tend à fuser vers la peau et qu'il peut se faire jour à l'extérieur. Il n'est pas rare de constater à cette période une aggravation de l'état général avec des oscillations étonnantes. Dans cette marche vers la région lombaire, le pus peut inoculer l'atmosphère celluleuse du rein et donner tous les symptômes du phlegmon périnéphrétique aigu (*Société de Chirurgie de Marseille*, 1930, 5 observations. Un cas dans la *Société de Chirurgie de Marseille*, 1930 ; 5 cas dans *Revista medico-chirurgica*, 10 jan. XVI, n° 3, 1930). Si on a le soin de rechercher les signes d'une ou plusieurs crises appendiculaires antérieures, on se rendra compte de son origine appendiculaire. La nature et l'odeur intestinale du pus nous renseignera sur son origine appendiculaire. Cette collection iléo-lombaire haut située peut simuler un phlegmon périnéphrétique (voyez le diagnostic) inexistant. Si l'infection se propage au-dessus du rein, elle atteint alors la région sous ou péri-hépatique.

2) *Iléo-psoïtis appendiculaire*. — C'est surtout la position basse de l'appendice rétro-cæcal qui entre en rapport avec le psoas et peut déterminer son inflammation. C'est la portion iliaque et la partie externe du psoas qui est le plus souvent atteinte. Cette situation de l'appendice qui a pu être notée montre souvent sa position rétro-cæcale, de telle sorte qu'en présence d'un psoïtis droit paraissant spontané ou essentiel, on doit penser à une appendicite en particulier rétro-cæcale. Si l'appendicite causale reste souvent méconnue et latente, c'est qu'il s'agit le plus souvent d'une appen-

dicite postérieure, sans réactions péritonéale. Actuellement, à mesure que l'on parcourt les statistiques de plus en plus récentes de l'appendicite, le psoïtis paraît être devenu plus rare. La raison est due probablement à la précocité d'opération des plus grands nombres des appendicites, qui laisse moins de temps pour la propagation de l'inflammation appendiculaire.

Comment expliquer sa pathogénie? — La genèse du psoïtis peut se produire suivant deux circonstances:

Forme légère : a) *La gaine du psoas iliaque est indemne.* Ici la cause est due soit à une inflammation de voisinage, soit à un phénomène d'ordre réflexe, par irritation du foyer appendiculaire, soit une cause mixte. Ces causes provoquent une modification anatomo-physiologique passagère (œdème, infiltration inflammatoire, l'irritation) qui rétro-cède avec la crise appendiculaire. Cette forme de psoïte, appelée l'appendiculo-psoïte (COURAUD, *Thèse de Lyon* 1894) peut même exister quand le péritoine pariétal est intact; dans ce cas, on peut ajouter la propagation par les voies lymphatiques ou veineuses.

Forme grave : b) *La gaine est érodée et fissurée.* — Si la réaction inflammatoire s'accroît jusqu'à la suppuration et à la destruction, nous aurons à faire à cette deuxième forme grave de psoïtis. On a signalé l'union intime du foyer psoïto-appendiculaire qui ne font en réalité qu'une seule. Cette myosite appendiculaire s'installe rarement d'emblée. Malgré le rapport assez intime de l'appendice et du péritoine pariétal, la résistance péritonéo-aponévrotique est telle qu'il faut le plus souvent, comme le montre MATHÉ, (Arch. gyn. et chir., 1912) et AMAUDRUT, deux ou trois poussées aiguës pour forcer cette barrière. Cette effraction paraît avoir le siège en un point, toujours le même, correspondant à la partie supérieure de l'interstice, entre

le muscle psoas et iliaque; point où l'aponévrose est particulièrement mince. L'atteinte du muscle ou l'abcès sous-aponévrotique est extrêmement rare, pour la même raison qui a été dite dans la forme légère.

Les symptômes. — Le signe commun le plus important des deux formes de psoïte, c'est la flexion de la cuisse sur le bassin. Cette flexion est généralement modérée, quelquefois à peine accusée et elle peut même se manifester sous la forme d'une simple gêne dans l'extension de la cuisse. Il n'est pas rare de réveiller de la douleur à la pression au niveau du petit trochanter (l'insertion inférieure du psoas iliaque) ou à la pression de la région lombaire, juste au-dessus de la crête iliaque. A cette flexion, il faut ajouter une rotation légère, soit interne, soit souvent externe, qui peuvent même manquer absolument. Les symptômes de l'iléo-psoïte contemporaine du début de l'appendicite ne sont pas d'une manière absolue de signification fâcheuse. Dans la forme grave, on a assez rapidement, en dehors des signes fonctionnels, les symptômes généraux et locaux d'un phlégmon iliaque, tandis qu'au contraire les réactions péritonéales sont réduites au minimum. La dépression de la paroi abdominale fait sentir une masse allongée de haut en bas douloureuse, dure, qui augmente d'intensité quand on essaie d'étendre la cuisse sur le bassin.

CHAPITRE VI

EVOLUTION ET COMPLICATIONS

L'appendicite rétro-cœcale aiguë peut aboutir parfois à la résolution complète du foyer inflammatoire et quelque temps après la crise, il n'existe peut-être plus aucun signe qui la rappelle. En pareil cas, on n'est pas à l'abri d'une récursive. En réalité, s'il n'est pas opéré, il fait de l'appendicite chronique et il est exposé à des crises nouvelles. L'appendicite aiguë peut encore se terminer par la résolution, mais après avoir présenté des complications locales: plastron, la formation du pus. L'abcès peut rester localisé ou faire des migrations plus ou moins éloignées qui sont la vraie complication.

Les complications immédiates ou à distance de l'appendicite lombaire peuvent être rangées sous quatre chefs principaux.

- I) *Les complications d'ordre vasculaire;*
- II) *Les complications d'ordre suppuratif;*
- III) *Les complications infectieuses et toxiques;*
- IV) *Les complications d'ordre mécaniques;*

I. — *Les complications d'ordre vasculaire.*

Sans doute, nous avons répété à plusieurs reprises que l'infection appendiculaire peut se propager à distance, par

voie lymphatique ou veineuse qui peuvent être à leur tour le siège d'infections. D'où lymphangite et adénite ou les phlébites consécutives.

Dans ce cas, il s'agit presque toujours d'appendicite à type remontant et postérieur.

1) *Lymphangites et adénites.* — On peut observer depuis l'adénite limitée aux ganglions péri-appendiculaires, jusqu'aux adénopathies étendues aux masses ganglionnaires volumineuses incluses dans le mésentère et vers la hile du foie, vers la zone sous-péritonéale. Lorsque les lésions ganglionnaires sont minimales, leurs manifestations cliniques sont absolument nulles. Il n'existe pas en réalité une symptomatologie qui leur soit propre; cependant toutefois, on note (GUÉRIN, HANOTEAU) dans la lésion intense une réaction péritonéale, malgré que la lésion anatomique se passe en arrière de la séreuse ou entre les deux feuilletts du mésentère. On signale des douleurs abdominales vives associées aux défenses musculaires.

2° *Phlébites.* — Sous ce titre on peut ranger les thrombo-phlébites de la veine porte et les pyélophlébites, radiculaire ou tronculaire, bien connues d'ailleurs, avec lathrombose des veines mésentériques, éventualité excessivement rare et exceptionnelle. La phlébite peut être limitée au voisinage de la région appendiculaire comme des lésions lymphatiques. Mais quand elle arrive à suppuration ou s'étend au tronc porte, on assistera à de grands frissons, la température à grandes oscillations avec ictère et subictère, accompagné de la douleur plus ou moins intense dans la région hépatique. On note l'augmentation du volume du foie et de la rate. Le processus infectieux peut gagner le parenchyme hépatique péri-portal, créant l'abcès intra-hépatique (Foie appendiculaire de DIEULAFOY). COPIESCO, de Bucarest, rap-

porté quatre cas de foies appendiculaires (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1930); il s'agissait dans ces cas d'une appendicite rétro-cæcale ou rétro-cæco-colique perforée ou suppurée.

Voici une observation de COPLESKO en résumé: L'opère un jeune malade qui entrant tardivement dans mon service avec une appendicite aiguë, grande fièvre et frisson. Je trouve à l'opération un appendice rétro-cæcal perforé, entouré d'un abcès fétide enkysté. Au même niveau, le cæcum est perforé. Amélioration de courte durée, car pendant que la plaie, drainée largement, devenait propre, les frissons continuaient. Le malade succomba après une semaine. A la nécropsie, on constata le foie appendiculaire de DIETLAFOY. L'auteur conclut que l'appendicite rétro-cæcale est la seule forme anatomo-clinique qui peut donner par son évolution ultérieure compliquée (perforée ou suppurée, le foie appendiculaire. Le même auteur rapporte un autre cas semblable avec une pyélophlébite suppurée.

D'après les observations publiées jusqu'à l'heure actuelle, malgré qu'elles soient exceptionnelles, nous avons pu constater que les phlébites portent un pronostic beaucoup plus sévère que les lymphangites. On a décrit une embolie souvent pulmonaire ou rénale. C'est par l'embolie rénale que certains auteurs expliquent l'une des causes de l'hématurie d'origine appendiculaire qui ne peuvent pas être mises au compte d'une toxémie grave. (*Wiener Klinische Wochenschrift*, 1912, par FRISCH).

II. — Les complications d'ordre suppuratif.

Les phénomènes suppuratifs quelles que soient les dispositions anatomiques du péritoine pariétal, comportent deux étapes:

1) La première, ce sont les lésions immédiates des orga-

nes qui sont directement en rapport avec la situation postérieure de l'appendice plus ou moins haut situé qui se font presque toujours par érosion et destruction.

2) *Ce sont les grandes migrations purulentes ou l'abcès à distance.* — Elles ne sont pas le fait exclusif de l'appendicite postérieure, car la voie lymphatique et la voie sanguine peuvent survenir dans toutes les formes de l'appendicite comme éléments de transport de l'infection appendiculaire. Cependant l'abcès à distance se voit plus fréquemment dans l'appendicite postérieure du fait de sa pathologie un peu spéciale. Nous savons d'autre part que les abcès sous-cæcaux peuvent par leur extension progressive aller en haut ou en bas pour former ainsi une véritable nappe de pus diffuse. Cette marche continue, ascendante ou descendante du pus dans l'appendicite lombaire a été vue aussi bien pendant l'intervention qu'au moment des nécropsies.

D'une manière générale, les abcès à distance sont des complications qui surviennent après un temps relativement long.

Première étape ou la suppuration immédiate. — Ici, la plus menaçante et la plus grave c'est certainement l'effraction de la poche rétro-cæco-colique et la péritonite généralisée consécutive. Elle peut être aussi le fait de manque de précaution par le chirurgien lorsque l'abcès rétro-cæcal n'a pas été diagnostiqué. Sur d'autres lésions immédiates, telles que: l'abcès iléo-lombaire ou iléo-psoïte appendiculaire, nous avons assez insisté, inutile d'y revenir. (Psoïte suppurée appendiculaire. *Soc. de Chir. de Lyon*, 1923, PASTRE et BERTON).

Deuxième étape ou les grandes migrations purulentes..

Ces migrations comportent:

A) *Issue du pus dans des viscères ou des organes creux pendant sa migration.* — Ce sont des éventualités peu fréquentes. Cette issue du pus peut se faire soit dans l'intestin ou dans les voies urinaires.

a) *Ouverture des abcès dans l'intestin.* — D'après les statistiques, on peut admettre par ordre de fréquence:

1° *Le cæcum.* — L'abcès siégeant dans la fosse iliaque droite ou dans la fossette rétro-cæcale, il y a plus de probabilité pour que son évacuation intestinale se soit produite à travers le cæcum ou à l'origine du côlon ascendant. M. LEFEBVRE (*Toulouse Médical*, 1932, 1^{er} mai), signale l'avoir vu assez souvent et rapporte des cas où la perforation siégeait sur l'appendice ou le cæcum, à deux centimètres de l'implantation de l'appendice..

Cet accident, nous l'avons vu souvent dans l'appendicite gangreneuse, ce qui est habituel dans l'appendicite lombaire. La perforation siège d'habitude sur la face postérieure ou postéro-interne du cæcum ou du côlon ascendant du fait que la situation postérieure favorise cette ulcération par son contact intime. La perforation cæcale a été signalée quelquefois au cours de l'appendicectomie par les adhérences intimes de l'appendice rétro-cæcal avec la paroi postérieure du cæcum. La collection en s'ouvrant dans le cæcum a moins de chance d'infecter la grande séreuse, surtout quand, après plusieurs rechutes, les adhérences ont pu former une barrière solide.

Cette évacuation spontanée est exposée à des récidives beaucoup plus graves que l'abcès ouvert dans le rectum et il est à craindre tant qu'une intervention n'aura pas définitivement guéri le malade en lui enlevant son appendice. (Un cas dans la thèse de Nicod, 1904).

2° *Le rectum.* — Cette complication se voit plus fréquemment dans l'appendicite pelvienne. Si la collection rétro-cæcale occupe le pelvis, il y a les plus grandes chances pour que l'abcès fasse son irruption dans le rectum. L'ouverture de l'abcès dans le rectum est une éventualité beaucoup plus bénigne car le pus se draine mieux dans le rectum que dans le cæcum. L'orifice de communication chez l'homme siège sur la paroi antérieure et à droite, à environ 8 cm. de l'anus ; chez la femme, au-dessus du cul-de-sac vaginal postérieur.

3° *L'iléon.* — L'abcès s'ouvre exceptionnellement dans l'iléon.

Les phases de ces évacuations spontanées sont toujours :

a) phase de recrudescence des douleurs avec apparition des signes généraux ;

b) phase de perforation lente avec selles plus ou moins sanglantes ;

c) phase de débâcle avec sédation plus ou moins longue des symptômes.

b) *Ouverture des abcès dans les voies urinaires supérieures ou inférieures.* — Cela se voit surtout dans l'appendicite lombaire aussi bien dans les processus aigus que chroniques. Les ouvertures dans les voies urinaires sont encore plus rare et leur réalisation provoque de graves conséquences d'infection. Georges BACHY (Société Nationale de Chirurgie, 2 mai 1930), communique trois cas d'appendicite aiguë avec troubles urinaires ; il s'agit dans le premier cas d'une hématurie rénale importante, les deux autres observations ont trait à des complications vésicales dont l'ouverture d'un abcès appendiculaire dans la vessie.

c) *Ouvertures rares et exceptionnelles.* — De ce nombre sont les fistulisations d'abcès dans la trompe, l'utérus, le vagin, qui se voient en particulier dans l'appendicite pel-

vienne au cæcum ptosé. On a noté son ouverture à l'extérieur, au niveau du pli de l'aîne, fosse iliaque interne ou externe, surtout au niveau de la région lombaire. On relate (Thèse de Paris, 1900) le cas, évidemment très rare, où les malades, pour la suppuration de la région sacro-iliaque, avaient subi un grattage osseux, et on pensa à la tuberculose. Mais quelques jours après, l'issue de pépin de raisin et révélations des commémoratifs appendiculaires antérieurs, et l'odeur du pus, dirigent vers l'origine appendiculaire.

B) *Des abcès à distances et des propagations purulentes à l'intérieur de la cavité péritonéale loin du foyer appendiculaire initial.* — Les plus courants de ces abcès à distance sont les abcès sous-hépatiques (Obs. V), sus-hépatiques, sous-phréniques et pleuro-pulmonaires. Parmi eux, l'abcès sous-hépatique est le premier à se placer sur la ligne d'étape à moins que la suppuration pendant sa progression infecte avant l'atmosphère graisseuse du rein (véritable abcès périnéphrétique).

a) *L'abcès sous-hépatique.* — Les symptômes ne se différencient guère avec les signes habituels des péritonites enkystées que nous avons déjà décrites en étudiant la forme suppurée de l'appendicite rétro-cæcale.

Il se manifeste généralement (au bout de 15 à 20 jours de la première crise ou intervention) par la recrudescence de la fièvre, des douleurs, de subictère avec les urines foncées. L'hypochondre droit est sensible, la palpation combinée avec celle de la région lombaire est encore plus douloureuse et dénote parfois l'existence d'un empâtement profond, résistant, qui augmente progressivement. Le pus peut arriver à se faire jour dans une région plus ou moins accessible : au-dessous des fausses côtes droites ou vers

l'épigastre sous la forme d'une tumeur fluctuante, sensible, avec une vascularisation et de la rougeur plus ou moins accusée. Il peut se faire jour parfois dans l'arrière cavité des épiploons par l'hiatus de Winslow ou bien remonte plus haut pour former un abcès sus-hépatique ou sous-phrénique.

b) *L'abcès sus-hépatique droit ou sous-phrénique.* — Les abcès gauches (habituels dans ulcus gastrique) sont exceptionnels en raison de la résistance qu'oppose le ligament falciforme au passage du pus. Quand l'extension en haut de l'abcès sous-hépatique est absolument entravée par la masse compacte du foie, il est possible que le pus gagne l'espace sous-phrénique ou sus-hépatique en contournant le bord libre du foie (CATZ et KINDRIDJY: Les abcès sous-phréniques, dans la *Revue de Gynécologie*, 1908, 10). Quelquefois, l'abcès compris entre le rein et la région sous-hépatique postérieure perfore le diaphragme (comme dans la suppuration rétro-péritonéale) et entre dans la plèvre.

D'après les travaux d'EISENDRATH (*Th. J. of the American Med. Assoc.*, 1908), l'abcès sous-phrénique serait plus fréquent dans les suppurations intra-péritonéales (50 p. 100) que sous-péritonéales (25 p. 100). Comme dans l'abcès sous-hépatique, il peut se développer : soit par propagation directe d'un foyer appendiculaire rétro-cæcal, soit à l'origine d'une propagation vasculaire. Les abcès sus-hépatiques par leur siège profond, présentent une symptomatologie très spéciale, souvent obscure et difficile à distinguer des symptômes des suppurations pleuro-pulmonaires. Ils peuvent coexister en réalisant le type de l'abcès en bouton de chemise. Les signes cliniques se précisent surtout dans la période d'état suivant leur évolution abdominale ou thoracique. Dans leur évolution abdominale ils peuvent se rompre dans la grande cavité et donner lieu à une péritonite

généralisée secondaire ou s'ouvrir dans des organes avoisinants (estomac, gros intestin, diaphragme).

L'évolution lombaire est caractéristique des abcès rétro-péritonéaux. La description des symptômes qui méritent d'être décrits en détail, sort trop du cadre de notre travail.

c) *Complications d'ordre pleural ou pulmonaire.* — Elle succède à un abcès sous-phrénique : soit par le lymphangite transdiaphragmatique, ou bien par la perforation large du diaphragme. Elle peut être l'origine d'une véritable septicémie ou pyohémie. La pleurésie peut se présenter sous différentes formes avec leurs signes classiques, suivant que le pus aura irrité simplement la plèvre ou qu'il aura pénétré dans la cavité pleurale. Le pus peut encore se faire jour dans le poumon et de là dans les bronches, ce qui donnera lieu à un vomique, ou l'infection se continuera et déterminera une broncho-pneumonie avec ses signes classiques. On a signalé même une gangrène du poumon (Obs. XVI, Nicod, 1904). L'étude des abcès viscéraux d'origine appendiculaire, dont les mécanismes sont très divers, a été remarquablement entreprise par BÉRARD et VIGNARD dans leur traité sur l'appendicite (1914).

C) *Les abcès à propagation extra-péritonéale.* — Les abcès rétro-péritonéaux sont presque toujours l'origine d'une appendicite rétro-cæcale. Nous avons eu l'occasion de parler de la variété clinique des phlegmons de la fosse iliaque et lombaire et de l'iléo-psoïte.

Il nous reste à décrire les grandes suppurations sous-péritonéales dont on peut considérer comme les vraies complications. Dans cet espace rétro-péritonéal cellulaire, lâche et riche en lymphantiques, le pus fuse assez facilement de bas en haut et peut former un pseudo-abcès périnéphrétique ou le vrai phlegmon périnéphrétique classique

d'origine appendiculaire. Le pus peut provoquer une ulcération du bassin pour y déverser leur contenu. On a rapporté des abcès métastatiques du rein relevant d'une pyohémie d'origine appendiculaire, mais ils se forment par destruction progressive du foyer rétro-cæcal primitivement intra-péritonéale.

Le phlegmon périnéphrétique appendiculaire n'est pas une nouveauté puisque c'est DIEULAFOY qui a exposé cette appellation. TÉMOIN a parlé, il y a longtemps, de la fréquence du phlegmon périnéphrétique droit et de son origine souvent appendiculaire, et nous dirons surtout postérieure. Mais nous savons que ce n'est pas seulement l'appendice R.C. qui peut donner ces localisations dans la région lombaire, mais tous les organes fixés à la paroi abdominale postérieure: le colon droit, le colon gauche (LORIN et LAEMMER) et le duodenum (QUINQUEMELLE), peuvent, par leur évolution postérieure, en faire autant. Il faudra donc aussi penser à ces origines intestinales possible des collections postérieures. Il n'en reste pas moins vrai que le diagnostic peut être difficile, et si des appendicites rétro-cæcales avec l'abcès, simulent des phlegmons périnéphritiques, des périnéphrites suppurées primitives antérieures peuvent faire croire à une atteinte de l'appendice, comme GUILLEMINET et TIXIER l'ont observé. Nous avons assez insisté sur ce sujet dans le chapitre de diagnostic différentiel, et il est inutile d'y revenir.

Le phlegmon périnéphrétique appendiculaire se manifeste par un début insidieux ou brusque, avec les phénomènes locaux et généraux: la douleur lombaire spontanée, qui provoque la résistance de la paroi lombaire, la fièvre à oscillations élevées, avec rémission parfois complète le matin, état sabural marqué, vomissements, diarrhée, amaigrissement rapide. Les urines sont peu abondantes et

fortement uratiques, souvent bactériuriques, rarement purulentes, sauf si elle succèdent à une pyélonéphrite. A la période terminale, quand on aura atteint à de grandes dimensions, on assistera à une voussure de la paroi et de l'œdème. Il pointera dans le triangle de J.-L. PETIT, où la couverture musculaire est la plus mince. Il pourra alors donner de la fluctuation, il se pourra que l'on ne puisse le sentir par un procédé analogue à celui qui provoque le ballotement rénal dans le cas de maladie de cet organe et qui peut se fistuliser à l'extérieur. (Société de Chir. de Marseille 1930, sur un cas de phlegmon périnéphritique appendiculaire fistulisé). Quand la propagation du pus continue plus haut, là il sera arrêté longtemps par la barrière résistante de l'épais ligament coronaire. Alors deux migrations sont possibles: l'une, fréquente, la perforation du diaphragme, facile à ce niveau (hiatus costo-lombaire); l'autre, rare, la pénétration de l'abcès dans la trame du ligament coronaire et s'y arrête (abcès rétro-hépatique). Parfois même, le pus arrive à rompre le feuillet supérieur du ligament, et s'étale sur la convexité du foie (abcès inter-hépatodiaphragmatique secondaire). Enfin, ces abcès rétro-hépatiques comme les phlegmons périnéphritiques, peuvent évoluer sous les téguments, et se fistuliser dans la région lombaire. Les anciennes observations nous montrent des propagations de l'infection, jusque dans les parois de l'abdomen ou du thorax: soit par le mécanisme de la pesanteur, soit par celui de l'inoculation de proche en proche ou par voie lymphatique. Ce sont des complications exceptionnelles, inutile d'aller plus loin que cela.

III. *Les complications infectieuses et toxiques.* — Ou aurait tort de croire que l'appendicite postérieure, sous prétexte qu'elle évolue assez loin du péritoine, est peu dange-

reuse. D'après les observations qui s'y rapportent, concernant des cas où l'appendice enfoui et caché sous le cœcum n'a pas provoqué de réaction péritonéale inquiétante. Dans cette absence de réaction péritonéale, les cliniciens se sont induits en erreur et ont cherché longtemps ailleurs que dans la fosse iliaque droite, l'explication de cet état, on s'est cru autorisé à surseoir à toute intervention pendant que la toxémie faisait rapidement son chemin. Ainsi, le foyer toxique et purulent caché sous le cœcum, méconnu, déverse à mesure, son poison dans la circulation, donne naissance aux accidents hépatiques ou rénaux (foie et rein appendiculaires). Cet accident toxique se voit surtout dans l'appendicite suppurée ou perforée. Mais actuellement, grâce au progrès réalisé par la clinique appendiculaire, c'est devenu une rareté pathologique et disparaîtra un jour.

Tantôt cet accident toxique se manifeste sous une forme légère et discrète que dénote un commencement d'imprégnation de l'organisme par toxine qui, en le laissant évoluer, peut assombrir le pronostic. Dans d'autres cas, elle devient grave, domine la scène, réalise le tableau clinique de l'appendicite toxique proprement dite.

a) *Cas légers*. — Il s'agit d'un malade qui, à la suite d'une crise franche ou, au contraire, après quelques troubles digestifs d'interprétation difficile, continue à souffrir un peu, digère mal. Il ressent des douleurs fugaces, du ballonnement intestinal, quelques petits frissons, des températures oscillantes, de l'accélération du pouls. Presque toujours on trouve de l'albumine, ordinairement légère, qui est témoin de néphrite appendiculaire bénigne, sans d'autres signes d'altération rénale, parfois du subictère banal avec l'urobiline dans l'urine. Le malade maigrit, perd de sa force, se cachectise si une intervention opportune ne revient pas ouvrir et drainer le foyer infectieux (Observation de GAMBETTA, susceptible de confirmer cette notion.

b) *Cas graves ou l'appendicite toxique.* — Ici on assistera à une insuffisance hépato-rénale qui dans les cas extrêmes peut revêtir le tableau de l'ictère grave avec de l'hématémèse et de l'hématurie. La description clinique de l'hépatite toxique, complication de l'appendicite, mentionnée par ACHARD, a été décrit par DIEULAFOY (*Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, 1903), et rappelée par AUBERTIN (*Gaz. des Hôp.*, 1905). Il se caractérise par l'altération plus ou moins rapide de l'état général, l'albuminurie, l'oligurie, l'urémie, l'hypoazoturie, l'ictère, les hématémèses et les hémorragies avec des accidents nerveux. Le malade présente une température oscillante, en plateau, le pouls misérable, le facies cyanotique, la polypnée, le refroidissement des extrémités. Dès les premiers jours de la crise, on constate que le malade urine peu et il y a de l'albumine et des cylindres dans l'urine. Parfois l'hématurie qui est d'origine toxique (*Société française d'Urologie*, 1932. La forme toxique du syndrome entéro-rénal. par HETZ-BAYER). *Au point de vue anatomo-pathologique*, il s'agit de nécrose cellulaire avec dégénérescence graisseuse et granuleuse des cellules hépatiques et rénales et l'atrophie jaune aiguë (Foie de l'ictère grave).

On a décrit plusieurs formes d'hépatite toxique :

1) *Forme latente.* — Les accidents latents avant l'opération se précipitent ensuite malgré l'intervention.

2) *Syndrome de DIEULAFOY.* — Beaucoup plus fréquent dans le foie appendiculaire à forme toxique. Il s'agit d'une insuffisance aiguë sans ictère. En l'absence de toute péritonite on aura facies altéré, teint terreux, respiration rapide et superficielle, hoquets, vomissements, pouls rapide, urine rare (albumine, cylindres, urobiline). La tempéra-

ture est variable. Elle peut débiter avant ou après l'intervention. Mort dans deux jours par collapsus ou coma hépatique.

3) *Ictère grave*. — Ici le tableau clinique se complète par l'apparition d'un ictère mou (orthopigmentaire), d'hémorragies, de convulsions, d'hématémèses (vomito negro appendiculaire), entérorragie (plus rare) et hématurie.

4) *Accidents toxi-infectieux viscéraux à forme septicémique pure ou pyohémie* (LECÈNE). C'est une pathogénie des abcès viscéraux dans l'appendicite.

Pour éviter tous ces accidents, il est nécessaire de rechercher systématiquement l'albumine et l'urobiline, surtout dans l'appendicite avec abcès.

IV. — *Lec complications d'ordre mécanique ou organomécanique*. — Cette classification se justifie du fait qu'il existe un élément mécanique ou plutôt une allure mécanique des symptômes, souvent sur une lésion organique (Thèse de SACERDOT, *Paris*, 1927).

Nous ne parlons que pour mémoire de certaines compressions d'ordre nerveuse et musculaire : Sciatique appendiculaire décrite par SICARD, les douleurs sacro-lombaires, décrites par KÖTNER et ANTOINE, dans l'appendicite postérieure et pelvienne (*Gaz. des Hôp.*, N° 8, 1921), par GUILANT (*Semaine Médicale*, 22 février 1905). Mais le plus important c'est d'insister davantage sur l'occlusion intestinale dans l'appendicite rétro-cæcale. Cette complication peut se voir avant ou après l'opération et on peut la classer sous trois chefs différents:

1) *Occlusion d'origine péritonéale*. — On peut envisager:

a) *Occlusion paralytique pure ou pseudo-occlusion péritonéale*. — Nous l'avons décrite dans la forme clinique « péritonite généralisée d'emblée ». Ici souvent la péritonite

est au premier plan avec son syndrome si expressif. Traiter la péritonite si elle est justiciable d'une intervention, c'est traiter l'occlusion.

MM. DELORE et GABRIELLE (Société de Chirurgie de Lyon, 1^{er} mai 1934) rapportent deux cas d'occlusion post-opératoire de quelques jours dans une appendicite aiguë rétro-cæcale à forme péritonite généralisée. L'une était purement paralytique, l'autre à la fois mécanique et paralytique, traitées par entérostomie.

J. BLOCH rapporte deux cas (*Province Médicale*, 1930), d'occlusion d'origine péritonéale dans l'appendicite rétro-cæcale.

b) *Occlusion par parésie ou compressif dans une péritonite localisée ou avec l'abcès R. C.* — Au contact d'un abcès l'intestin se parésie volontiers et on est en présence d'un syndrome occlusif en général incomplet et temporaire à rechute. Ici, on peut classer une simple réaction péritonéale, réalisant un syndrome d'obstruction plus ou moins incomplet au cours d'une appendicite aiguë simple. (Appendicite sous-hépatique à forme occlusive, Dr LÉGUENOT, *J. des Praticiens*, 25 oct. 1930, p. 695).

2) *Occlusion mécanique ou occlusion pure.* — Cette occlusion avant ou après l'opération est due à une bride, à une couture, à des adhérences qu'agglutinent les anses entre elles avec l'épiploon. On peut ajouter le vice, position cæcale qui modifie son calibre, empêche le cours des matières (RATHE, 1911). Elle se traduit par l'occlusion vraie avec une symptomatologie à peine estompée par la maladie ; elle est justiciable d'une intervention exploratrice.

3) *Syndrome mixte* (LECÈNE). — Ce sont souvent l'occlusion secondaire venant après un intervalle libre. (*Presse Méd.* 1934, p. 320, par MM. RENAULT et LAFFITE). Le plus difficile comme diagnostic et comme traitement. Il y a périto-

nite prononcée par les signes généraux et de la contracture, mais il y a aussi des facteurs mécaniques tels que : des adhérences larges, agglutination des anses.

4) *Des causes accessoires d'occlusion qui sont exceptionnelles :*

a) Occlusion réflexe dont le point de départ se trouve dans une appendicite altérée ;

b) Le valvulus cæcale ou ileale au cours de l'appendicite, surtout dans le cæcum mobile.

Ainsi l'appendice rétro-cæcale provoque facilement ces phénomènes que nous venons de décrire parce que l'appendice infecté est au contact même du cæcum et le colon les refoulant en avant.

D'autre part, les autres causes mécaniques (brides, adhérences, agglutinations), s'y trouvent comme dans toute autre forme, ainsi la péritonite diffuse.

CHAPITRE VII

PRONOSTIC DE L'APPENDICITE AIGUE

RETRO-CÆCALE LOMBAIRE

Le pronostic de cette variété d'appendicite est à la fois bénin et grave (CESTAN, *Archives Médicales* de 1904).

BENIN, parce que le verminum, caché derrière le cæcum isolé de la grande cavité péritonéale, risque moins d'amener ces péritonites brusques par perforation, si rapidement et si fréquemment mortelles. *Il sera bénin* si le diagnostic est fait d'une manière précoce et que l'on enraye, par une opération, l'évolution grave de la maladie.

GRAVE, parce que le péritoine, du fait de l'évolution rapide de la crise appendiculaire, n'ayant pas eu le temps de se défendre par adhérence, se laisse librement infecter. Ou bien une adhérence insuffisante et fragile ne met pas à l'abri la grande cavité péritonéale à l'attaque des germes. Quelquefois, par la précaution opératoire insuffisante, on risque d'infecter la séreuse par une inoculation du pus, mais cette infection opératoire est souvent évitable. Il est grave, parce que l'appendice se gangrène davantage dans cette variété d'appendicite, et l'abcès, lorsqu'il se produit, peut rester parfois méconnu. Cette méconnaissance laisse

fuser le pus le long de la face postérieure du cæco-colon jusqu'au foie, jusqu'au diaphragme et provoque les infections hépatiques et pleuro-pulmonaires.

En somme, si le pronostic de l'appendicite rétro-cæcal est moins grave immédiatement que celui d'une inflammation développée autour d'un appendice libre, il peut le devenir assez rapidement, surtout à échéance plus longue.

Ce qui doit le rendre *réserve*, c'est la difficulté d'établir un diagnostic précis, en dehors de tout signe objectif appréciable. C'est aussi l'allure sournoise et dissimulée du processus inflammatoire qui évolue à l'abri de tout contrôle. Cette allure rassurante calme les inquiétudes, endort toute surveillance, égare le diagnostic, dont le malade subit la conséquence : par l'atteinte générale du fait d'une suppuration et résorption lente et progressive de produits infectieux.

Conclusion. — Le pronostic de cette forme anormale d'appendicite, par un diagnostic précoce et précis et une intervention aseptique du chirurgien, sera celle de l'appendicite banale et normale.

CHAPITRE VIII

DIAGNOSTIC

De toutes les formes d'appendicite, la variété rétro-cæcale ou rétro-colique est peut-être la plus difficile à diagnostiquer en temps utile : il s'agit non seulement de dépister mais encore de préciser sa localisation. C'est qu'en effet, cette maladie, comme d'ailleurs beaucoup d'autres, par suite de conditions spéciales, se manifeste parfois par des signes trompeurs qui simulent d'autres affections. Cependant ce diagnostic n'est pas toujours impossible, car on peut, dans la plupart des cas, en se basant sur les symptômes généraux et locaux de cette forme, que nous avons décrits, arriver à la diagnostiquer, ou tout au moins à la soupçonner en temps utile, pour pouvoir intervenir. Dans ce chapitre de diagnostic d'appendicite lombaire, nous allons envisager successivement : 1° le diagnostic différentiel ; 2° le diagnostic positif.

I. *Diagnostic différentiel.* — Il se pose dans deux circonstances : A) *Au début de la crise où on est en présence d'une forme aiguë simple, sans masse perceptible ;* B) *Dans la forme aiguë compliquée, avec une masse perceptible (abcès).*

A) *Eventualités dans laquelle sont comprises les quatre premières formes d'appendicite lombaire :*

a) *Dans l'appendicite R.C. à symptomatologie antérieure :*

La confusion avec l'appendicite normale antérieure est souvent inévitable, car bien souvent elle se présente cliniquement comme une crise banale et classique plus ou moins accentuée. Ainsi le diagnostic se fait suivant les formules des traités classiques, avec une typhoïde, une pneumonie, une grippe, une dysenterie, une entéro-colite, une colique de plomb, etc.

b) *Dans les autres formes aiguës d'appendicite lombaire* le diagnostic varie suivant la hauteur de la lésion et de l'appendice R.C.

De là on peut envisager :

1° Variété basse ou étage pelvien et iléo-cæcal;

2° Variété haute ou étage du carrefour, ou hépato-colique.

3° Variété moyenne ou étage rénal, ou réno-urétro-colique.

1° *Variété basse ou étage pelvien et iléo-cæcal.* ... La lésion appendiculaire est en rapport avec le cæcum ou la partie terminale de l'intestin grêle, mais elle peut devenir pelvienne comme l'appendice lui-même. Dans le premier cas (iléo-cæcale), la confusion avec le psoïtis appendiculaire est possible ; avec le psoïtis primitif, beaucoup plus rare, quand le signe de la myosite l'emporte sur ceux de l'appendicite, éventualité extrêmement rare, car toujours les commémoratifs et les signes appendiculaire pour peu qu'ils existent, suffisent, du fait de la rareté du psoïtis primitif, pour orienter le diagnostic vers une appendicite. Quant au deuxième cas (pelvienne), il cadre avec l'appendicite pelvienne et sa description détaillée dépasserait le cadre de notre sujet. Evidemment, il peut être confondu avec : une rupture de grossesse ectopique droite, des complications des fibromes, un kyste de l'ovaire droit à pédicule tordu. Le phlegmon du ligament large peut donner lieu à des cri-

ses simulant une attaque d'appendicite R.C., mais le toucher vaginal fait le diagnostic.

2° *Variété haute ou E du carrefour.* — Il est représenté par les lésions du foie et des voies biliaires qui, par un début brutal peuvent faire penser à une appendicite R.C.

Les commémoratifs, l'examen direct, les symptômes hépatiques sont assez nets pour éviter cette erreur. b) Il s'agit d'un appendice qui remonte très haut en arrière du gros intestin ou d'une inflammation qui se propage très rapidement vers la région sous-hépatique, ou d'un cæcum ectopique (plus rare), qui font détourner l'attention vers une affection du foie ou de la vésicule biliaire.

L'observation XII, prélevée parmi nos observations recueillies dans la publication du Dr KEEN (*Philadelphia Méd. Society*, 28 sept. 1891), en est un exemple, et nous pourrions en citer d'autres.

La douleur: Ainsi, l'appendicite rétro-cæcale peut être confondue avec:

1° *Une colique hépatique.* — Dans la colique hépatique, elle revêt les caractères suivants : brusquerie de début, intensité d'emblée maximum, (ce qui peut arriver dans l'appendicite, mais ce n'est pas la règle), violence de la douleur « torsion, déchirure », continuité avec exacerbation bien plus vive que dans l'appendicite lombaire, sauf dans la colique hépatique atténuée. La colique hépatique franche est souvent précédée, comme l'appendicite, par de vagues troubles digestifs, ou provoquée par un écart de régime, par un froid.

Le siège est uniquement au rebord costal, avec irradiations intercostales et scapulaires droites assez fréquentes, qui ne se rencontrent pas en général dans l'appendicite lombaire.

POTAIN signalait les irradiations douloureuses de la coli-

que hépatique vers la fosse iliaque droite, qui s'ajoutent aux irradiations précédentes (en réalité elles ne sont pas constantes). Le signe de Murphy est positif, mais presque jamais dans l'appendicite R.C. Dans l'appendicite postérieure, même s'il y a des douleurs en haut, il existe presque toujours un élément douloureux dans la fosse iliaque droite, avec ou sans douleurs lombaires.

Les vomissements. — Les vomissements provoqués dès la plus minime absorption liquide, sont plutôt le fait de la colique hépatique. Les nausées presque continues se voient aussi dans l'appendicite.

Autres signes. — L'appendicite est pyrétique dès le début, mais la colique hépatique n'est pas fébrile au début, le pouls se ralentit, avec une coloration acajou des urines, et décoloration habituelle des selles. Le toucher rectal est négatif dans la colique hépatique. *L'agitation*, si particulière à la colique hépatique, décrite par TROUSSEAU n'existe pas dans l'appendicite (mais il y a aussi calme plat). GUTTMAN décrit que quelquefois le malade reste immobile et enroulé comme un escargot autour de son hypochondre douloureux, pâle, la face exprimant une vive souffrance. Le dosage de la cholestérine dans le sang est utile.

Ainsi, la colique hépatique, par ces éléments différentiels, que nous venons de décrire, associés aux commémoratifs, sera facilement diagnostiquée. La crise de colique hépatique cesse en général spontanément et très brusquement, au bout de quelques heures.

Quand il y a concomittance de coliques vésiculaires et d'appendicite rétro-colique, haut située sous-hépatique, il est parfois impossible de préciser l'origine des accidents douloureux (FRILET, thèse de Lyon, 1910; LEVY, thèse de Nancy 1904).

2° Une cholécystite aiguë perforante sans plastron ou

avec collection perceptible. Certaines formes de cholécystites aiguës où la douleur peut être relativement basse, donnent un syndrome douloureux simulant une appendicite R.C., haut située. Il s'agit d'une perforation de la vésicule en aubergine à fond bas, situé, qui exige une opération d'urgence.

Exceptionnellement d'ailleurs, l'orage éclate sans manifestations antérieures de coliques hépatiques, d'ictère, etc. La douleur de la rupture est moins vive, après quelques heures, la douleur à la pression est exquise. D'ordinaire, la douleur et la contracture sont bien localisées à la région vésiculaire, plus haute que l'appendice, le ballonnement est moins rapide. Cependant, il existe des cas où le diagnostic était impossible avant l'intervention. Par une incision du bord externe du grand droit, on explore d'abord l'appendice et son prolongement en haut nous conduira sur la vésicule, si c'est nécessaire.

On ne doit pas perdre de vue qu'il existe des cholécystites d'origine appendiculaire, qui guérissent même à la suite d'une appendicéctomie (*Arch. de Méd.*, 16 juin 1904, DIEULAFOY).

3° *Les perforation d'ulcères de l'estomac ou du duodénum.* — Un ulcère perforé, sans cloisonnement préalable, avec son ventre de bois, sa douleur très brutale et syncopale (rare dans l'appendicite), son irradiation spéciale, ne peut pas être prise pour une crise d'appendicite aiguë. Dans les ulcères adhérentiels, la douleur violente continue, atteint assez lentement son maximum, la paroi se défend sans contracture et les vomissements sont irréguliers. En cas de doute, une laparatomie exploratrice tranchera la question.

4° *La pancréatite aiguë.* Comme dans l'ulcère perforé

aiguë. Il y a cependant des cas, rare évidemment, où la pancréatite atténuée avec douleur maximum au MacBuney, a été simulée par l'appendicite. (Th. de Toulouse, DEGUILLIEN).

III. *Variété moyenne ou étage réno-urétro-colique.* — Ici les difficultés se groupent sous trois chefs:

a) *Type qui ressemble à une affection urinaire:* Quand l'appendice R.C. ou l'inflammation remonte assez haut en arrière du gros intestin, ils peuvent entrer en rapport avec le rein ou l'urètre, pour provoquer des symptômes simulant une colique néphrétique ou les inflammations périnéales à type phlegmon périnéphritique. Quelquefois, d'ailleurs rarement, la douleur peut être rapportée entièrement à la région lombaire et peut revêtir, surtout dans l'appendicite subaiguë ou chronique R.C., le type de néphralgie ou de lombalgie pure unilatérale.

Obs. de M. LEFÈVRE dans *Toulouse Médical*, 1932, p. 325 à 331), lorsque le cæcum ectopique occupe la loge rénale, l'appendice surtout rétro-cæcal peut, à la suite d'une réaction inflammatoire, provoquer des poussées douloureuses attribuables à l'appareil urinaire.

b) *Il y a des affections urinaires qui ressemblent à une appendicite rétro-cæcale.* — Ces erreurs en sens inverse, se font par la douleur et les signes réflexes surajoutés, la sensation pénible de masse lombaire ou iliaque, par l'altération possible de l'état général. Avec le Professeur LEGUEU (*Progrès Médical* 1930, n° 20), on peut dire d'une façon générale, que ce sont toutes les affections à crise réno-urétérale, surtout lorsque les syndromes urinaires sont très discrets. Ainsi, il y a les plus grandes chances pour que le malade soit conduit dans un service de chirurgie générale, qu'il soit d'abord considéré comme atteint d'appendicite, débarrassé de son appendice et renvoyé ensuite avec l'af-

fection urinaire qui l'avait amené, à l'hôpital, et qui a été méconnue.

c) *Mais il y a des affections urinaires qui coexistent avec l'appendicite.* — Ici, souvent il est difficile de diagnostiquer le point de départ, mais souvent on signale dans ce cas, comme complication secondaire et d'origine appendiculaire, certaines affections urinaires. (Thèse de LAQUIERRE, Paris, 1926), (Bulletin de l'Académie, 1930, observation de CHRELITZER, appendicite R.C. rompue dans l'uretère), rein appendiculaire de DIEULAFOY, pyélonéphrite droite appendiculaire (Service de MARION), etc.

Ainsi, nous allons envisager en ensemble, dans cette troisième variété de diagnostic différentiel sans masse perceptible :

I. Affection réno-urétrale;

II. Affection du colon droit;

I. *Affection réno-urétrale, presque purement douloureuse.* — a) *Colique néphrétique droite*: La douleur par conduire de l'uretère (agent externe d'ordre mécanique), ou par des calculs migrants ou fins, peuvent simuler l'appendicite aiguë, en particulier l'appendicite rétro-cæcale. Dans une de nos observations (Obs. IV), le caractère de la douleur avec l'émission de l'urine trouble a fait penser au médecin traitant, à une colique néphrétique associée à des signes d'appendicite aiguë. La colique néphrétique n'est pas due seulement à la migration de calculs, mais c'est surtout le spasme bulbo-urétéral qui intervient en grande partie, car il suffit de faire cesser ce spasme par un cathétérisme urétéral, pour voir aussitôt se calmer la douleur, ce qui a été démontré par LEGUEU et FEY dans le *Progrès Médical*, 1930.

Le siège de l'irradiation, le caractère de la douleur. — La douleur de la colique néphrétique est variable, mais

elle est en général assëz vive et subite, comme un coup de poignard. A l'état pur, elle est de siège surtout postérieur et lombaire, avec irradiations le long de l'uretère, vers le pli de l'aine, la racine de la cuisse, jusqu'au scrotum ou aux grandes lèvres chez la femme. La contracture des muscles lombaires et de la paroi antéro-latérale de l'abdomen, rétraction du testicule douloureux par le crémaster contracturé. Cette douleur est provoquée par le moindre mouvement imprimé en avant ou en arrière du rein, à la paroi abdominale, calmé par repos au lit et par une injection de morphine. Cette injection peut provoquer un relâchement de la paroi, et facilite ainsi l'exploration de l'angle costo-lombaire du rein douloureux, tandis que le point de Mac Burney est indolore.

Dans l'appendicite postérieure, la douleur est souvent abdominale ou abdomino-lombaire et la douleur lombaire provoquée à l'état isolé (Mac Burney), est très rare. Souvent, dans cette dernière, une pression lente et profonde révèle un point douloureux plus ou moins intense au point de Mac Burney. L'irradiation descendante peut exister dans l'appendicité R.C. (Obs. IV), mais descend rarement jusqu'au scrotum ou aux grandes lèvres. La douleur appendiculaire est constante, soit en position debout ou décubitus. Quand le calcul s'est arrêté dans l'uretère au niveau du détroit supérieur (le point urétéral moyen de BAZY), la pression sur la ligne ombilico-iliaque peut réveiller une douleur aiguë plus haut que le point de Lanz, plus en dedans que le point de Mac-Burney. Le toucher rectal réveille habituellement pendant et après la colique néphrétique, la même douleur au point uretal inférieur (démonstré par LEGUEUR) à sa terminaison.

Une douleur aussi vive dans l'appendicite s'accompagnerait d'un état général plus inquiétant et d'une poussée de

température qui fait défaut dans la colique néphrétique, mais on peut avoir une accélération du pouls. Les vomissements et les nausées (d'ordre réflexe) peuvent exister comme dans l'appendicite, mais sans constipation et élévation de la température. Les signes urinaires (oligurie, anurie. « MALARNE, dans *Science Méd.* de Lyon, 1925 », polyakiurie, dysurie), le résultat d'une congestion de voisinage, d'infection ou de troubles mécaniques, peuvent se voir dans l'appendicite aiguë lombaire. La crise cesse instantanément lorsque le gravier tombe dans la vessie. La constatation de sable uratique, de petits calculs dans l'urine expulsée pendant ou antérieurement à la crise, avec ou sans hématurie recherché (résultat de la déchirure de la muqueuse urétrale), ou visible, constituent de bons éléments de diagnostic. Si l'hématurie est le seul symptôme, surtout dans l'appendicite chronique, pensons à l'appendicite lombaire et, cherchons très attentivement la douleur au point de Mac Burney. Sinon, c'est tout le diagnostic des hématuries rénales qui se pose (cancer, lithiase, tuberculose).

b) *Néphralgies avec ou sans hématurie.* — Caractérisée par des douleurs lombaires et abdominales, avec des signes de sclérose (glomérulite, sclérose), avec congestion intense de l'organe, souvent sans signes de néphrites. Cette affection, comme dans la colique néphrétique, évolue en dehors de toute température, mais dès qu'une infection, même légère, survient, le tableau change. Mais aussi, le calcul infecté pourra donner une pyélite calculeuse avec ses douleurs et son cortège de signes fonctionnels et généraux.

c) *Crise de pyélonéphrite simple.* — La crise de pyélonéphrite colibacillaire ou autre, à condition que le rein ne soit pas gras, pourra en imposer pour une crise appendiculaire. Une observation publiée par M. LEGUEU (*Progrès Médical*, 1930), en est un exemple typique.

Il s'agit d'une jeune femme de 30 ans, qui, depuis quelques mois, a eu plusieurs crises du côté droit, dans la région rénale, sans vomissements, qui l'obligeait à s'aliter pendant un ou deux jours. La crise accompagnait une émission d'urine trouble contenant des collibacilles, mais sans, ou avec une légère température. M. LEGUEU, en pensant à une pyélonéphrite avec collibacilles, réalise les explorations nécessaires (la cystoscopie, le cathétérisme des uretères, la pyéloscopie), qui ne donnent rien d'anormal du côté de l'appareil urinaire, change son diagnostic pour une appendicite rétro-cæcale. En effet, l'opération montre une appendicite lombaire manifeste, dont l'extrémité supérieure très haute, était en rapport intime avec l'extrémité inférieure du rein. L'appendicectomie guérit la malade. Donc, d'après cette observation, ainsi que celles de GAUME (*Archives urologiques de la clinique de Necker*, tome VI, fasc. 3, 1929), on peut admettre que les signes de pyélonéphrite peuvent se voir dans l'appendicite rétro-cæcale, haut située. Après un examen complet des voies urinaires, autant que possible, on élimine toutes les causes de son entretien, et on recherche avec la plus grande précaution, l'examen de la région appendiculaire tout en se rappelant les signes d'appendicite rétro-cæcale, déjà décrits. La pyurie est en général très légère et insuffisante pour caractériser la pyélonéphrite. Il y a plutôt collibacillurie, souvent minime d'ailleurs, discrète, et on peut se demander si l'appendicite elle-même n'est pas le point de départ de collibacilles et de leur élimination par le rein.

La fréquence de syndrome entéro-rénal a été bien décrit par GUY, LAROCHE et HEITZ, BOYER (*Paris-Médical*, 1924.)

d) *Lumbago*. — M. LEFEBVRE (*Toulouse Médical*, 1932, p. 325), apporte un cas destiné à démontrer que le diagnostic d'une appendicite rétro-cæcale est difficile à faire.

C'est le cas d'un malade qui s'est promené deux jours en auto, avec une appendicite postérieure gangréneuse perforée; température: 38°, pouls, 90. Ce malade accusait une douleur diffuse dans la région lombaire, comparable à un lumbago discret, avec pollakiurie très nette. L'opération montre derrière le cæcum un appendice énorme, plus gros qu'un pouce, noirâtre, perforé de multiples orifices.

Dans le lumbago, il est rare qu'on ne trouve pas de points douloureux, soit sur les masses musculaires, soit sur les attaches fibreuses des masses sacro-lombaires à leur partie inférieure ou supérieure, ou encore des points douloureux sur certaines zones de la colonne dorso-lombaire, sur le sacrum et sur les interlignes des articulations sacro-iliaques. La douleur est exagérée par les mouvements, surtout par ceux qui mettent en jeu ces masses musculaires les articulations aussi sont douloureuses. On doit faire exécuter un certain nombre de mouvements de flexion et d'extension du corps de torsion et de rotation du bassin, de façon à vérifier si les muscles ou les articulations que l'on suppose atteints réagissent par une douleur à ces mobilisations et contractions méthodiques. La confusion est surtout fréquente dans l'appendicite chronique, cependant dans l'un ou l'autre cas, la recherche du point de Mac-Burney et la réaction péritonéale pour peu qu'elles existent, sont en faveur d'une appendicite. En général, une douleur d'origine musculaire ou articulaire disparaît en quelques jours, mais la douleur appendiculaire elle aussi, peut disparaître pour récidiver plus tard, de sorte que l'évolution n'est pas un caractère différentiel absolu.

II. *Affection du colon droit.* Les crises de colites des diverses natures, les ectasies cæcales primitives ou secondaires, les vices d'accolement du cæco-colon créant des vol-

vulus répétés, peuvent être prises pour l'appendicite. Ainsi les adhérences et brides de péricolites avec leur douleur.

B) *Diagnostic de l'appendicite aiguë R.C. dans sa forme compliquée avec abcès à masse perceptible.* — Comme dans le cas précédant, nous allons envisager 3 étages :

I. *Etage pelvien ou iléo-cæcal: Variété basse.* — a) Nous savons, en dehors de l'abcès rétro-cæcal enkysté, que l'inflammation peut se propager, ce qui est rare, au péritoine pariétal antérieur et être confondu avec celui de l'appendicite antérieure. Mais souvent l'empâtement est latéral et externe en dehors de la région classique. (Obs. VIII, NICOD, 1904: il s'agit d'une collection antérieure de l'appendicite rétro-cæcale).

b) *Coxalgie et sacro-coxalgie.* -- Les chirurgiens d'enfant, en particulier GIBNEY, ont signalé cette confusion qui paraît impossible à priori et que BÉRARD et VIGNARD ont vu chez l'adulte. On a rattaché à une appendicite lombaire avec psoïtis, les douleurs de la hanche et de la fosse iliaque, l'attitude en flexion et adduction de la cuisse, la tuméfaction profonde provoquée par une coxalgie droite avec grosse adénopathie iliaque. GIBNEY rapporte un cas où le premier symptôme accusé a été une douleur dans la hanche droite. Dans les cinq autres cas, l'attitude du malade était celle de la coxalgie, cuisse fléchie sur le bassin, bassin incliné à droite, lordose très marquée. Le diagnostic est cependant facile au point de vue clinique. La pression sur le grand trochanter n'est pas douloureuse, la cuisse ne peut s'étendre, mais on augmente facilement le degré de flexion; tout autre chose qui n'existe pas la coxalgie. JALAGUIER a signalé la même erreur à propos d'une sacro-coxalgie à évolution aiguë très douloureuse, prise pour une appen-

dicite lombaire. Ici, les signes différentiels consistent surtout dans la douleur à la pression sur l'interligne et au choc sur l'épine iliaque antérieure à la douleur pelvienne postérieure par le toucher, à la sciatique sympathique, à l'absence de signes péritonéaux.

BÉRARD et VIGNARD, 1914, signalent qu'une ostéo-myélite iliaque marginale postérieure, avec un abcès développé dans le triangle de Jean-Louis PETIT, fut prise par un clinicien émérite dont on ne cite pas le nom, pour une appendicite postérieure à évolution lombaire.

Signalons en passant que CATHELIN (Obs. X, NICOD 1904), montre qu'il a été possible de confondre une appendicite lombaire avec un mal de Pott lombaire (obst. XIX, NICOD, 1904) ; de plus, la coïncidence d'une grossesse n'est pas faite, non plus, pour faciliter le diagnostic.

II. *Etage hépatique du carrefour: Variété haute.* — A cause des formes hautes de l'appendicite aiguë, postérieure, suppurée, ou des migrations éloignées des abcès rétro-cæaux, il est parfois difficile de faire un diagnostic précis d'appendicite postérieure. En effet, grâce à son siège élevé, l'appendicite suppurée peut simuler le syndrome de cholécystite suppurée. Notons tout de suite, que la localisation sous hépatique de la suppuration appendiculaire donne, presque toujours, des collections accessibles, surtout au début qu'elle se manifeste tardivement par un plastron superficiel douloureux, cedémateux. Voilà un cas de CÛRSCHMANN, communiqué à la société médicale de Leipzig, 1900, qui montre comment on peut songer uniquement à de la cholécystite plastique.

Un vieillard présentait de temps à autre, de la fièvre avec frisson, ictère léger, symptômes rapportés par son médecin à de la lithiase vésiculaire infectée. Plusieurs crises aiguës avec fièvre et empâtement sous-hépatique sont amé-

liorées par le traitement de la lithiase. Au cours d'un de ces accès, le malade est pris d'une péritonite suraiguë, mourut deux jours après.

A l'autopsie. — On ne trouve pas de calculs dans la vésicule biliaire, mais on constate que le cæcum et l'appendice situés derrière le foie, baignent dans une collection sous et péri-hépatique, fissurée dans la grande séreuse. Il semble que l'ictère était due à la compression des voies biliaires par la collection suppurée.

Chez un malade de BÉRARD et VIGNARD (Obs. XLV de la Thèse de FRILET, 1910, Lyon), l'appendice R.C. enflammé, avait provoqué un abcès enkysté au voisinage de l'angle colique droit, des adhérences solides fixaient le col de la vésicule distendue à l'angle colique et au pylore. Il en était résulté de la fièvre, des crises très douloureuses d'hydropisie intermittente, et de la rétention-gastrique, par sténose incomplète du pylore.

Diagnostic avec cholécystite aiguë, péricholécystite plastique ou suppurée. — La simulation de cette affection avec l'abcès enkysté dû à une appendicite rétro-cæcale sous-hépatique, n'est pas d'un moindre intérêt, car beaucoup de chirurgiens, pour faire une cholécystostomie ont été obligés de descendre à l'appendice qui était seul en cause.

Comment faire le diagnostic?

a) *Par les antécédents* des malades, quand il s'agit de cholécystite lithiasique avec coliques antérieures accompagnées ou non d'ictère (plus souvent, LECÈNE), qui ont précédé le développement de la tumeur

b) *D'après la fréquence*, en effet, l'appendicite sous-hépatique est rare, étant donné que les lésions de la vésicule sont la règle.

c) *Par certains signes*, l'ictère plus ou moins foncé (moins constant dans l'appendicite rétro-cæco-colique), la décolo-

ration possible des matières fécales, la présence des pigments biliaires dans les urines « la couleur en fumée de l'urine Hercher », accompagnés d'une obstruction calculieuse ou spasmodique du cholédoque caractérisé par la douleur moins vive et moins violente que celle de l'appendicite dans les cas sans perforation.

Elle siège dans la région vésiculaire au maximum, et s'irradie vers l'épigastre ou vers l'épaule droite. L'œdème de la paroi au niveau de la tuméfaction profonde. Il est fébrile dès le début, à l'inverse de la colique hépatique. Cette confusion est plus facile, surtout dans une cholécystite aiguë sans lithiasc préalable (la convalescence de la dothiéntérie), dans le cas où le foie est abaissé, et le fond de la vésicule se rapproche du point de Mac Burney. Mais les réactions hépatiques mentionnées ci-dessus, et les contours de la vésicule enflammée perçue, sauf chez les obèses favorisent le diagnostic. En outre, l'abcès d'origine vésiculaire fusent plutôt vers la paroi abdominale antérieure, le long du grand droit ou vers l'ombilic de haut en bas, tandis que dans l'appendicite postérieure, les collections sont profondes et, de préférence, à évolution lombaire. Seuls les collections ou les plastrons en contact d'un *cæcum* ectopique, d'ailleurs rare, développés sous le bord antérieur du foie, peuvent prendre d'emblée contact avec la paroi antérieure et simuler complètement des collections vésiculaires (Obs. de CÛRSCHMANN-, décrite plus haut). Mais il y a coexistence ou succession de cholécystites et de lésions appendiculaires).

(Ecole allemande : KEHL, SHENDER, PROUNSTETE, etc...), (DIEULAFOY, BECKER, FRILET, LENG, thèse de Lyon, 1910, etc.) COPLESKO, de Bucarest, rapporte quatre cas de foies appendiculaires constatés par l'auteur (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1930) et qu'il s'agissait d'une appendicite rétro-

cæcale ou rétro-cæco-colique. Il est plus logique d'admettre la production successive, et souvent c'est l'appendice rétro-cæcal qui est le point de départ.

III. *Etage rénal ou réno-urétro-colique* (variété moyenne). — a) On confond assez souvent l'abcès rétro-cæcal appendiculaire haut situé avec un phlegmon périnéphrétique. Les observations I, X, XI, dans la forme abdomino-lombaire sans signes urinaires d'appendicite rétro-cæcal aiguë simple en sont trois beaux exemples. Nous allons citer en résumé deux autres cas dans lesquels le diagnostic d'abcès périnéphrétique a été posé avant l'intervention.

(BRAULT, *Lyon Médical*, 1898)

Il s'agit d'un sous-officier âgé de 39 ans, qui a éprouvé le 10 février 1895 une douleur abdominale et lombaire brusque avec des nausées et arrêt des matières, langue saburrale, perte d'appétit, gonflement dans la fosse iliaque droite. Entre dans le service de M. BRAULT. A l'entrée, il présentait une tuméfaction du flanc droit, à siège nettement postérieur, qui a pu faire croire à un phlegmon périnéphrétique en l'absence de commémoratifs du tube digestif.

L'opération pratiquée par M. BRAULT par voies sous-péritonéale, montra une masse volumineuse grisâtre R. C. dans laquelle on a retiré à peu près un demi-litre de pus bien lié et l'appendicectomie a été réalisée secondairement.

(Paul MÉNARD, Thèse, 1902)

Il s'agissait d'une femme de 19 ans qui, quelques jours après son accouchement, avait commencé à souffrir d'abord dans la fosse iliaque droite puis plus haut sous le foie, avec de la fièvre. L'état général était inquiétant, le pouls fré-

quent, le faciès pâle et un peu tiré, la langue sèche. A la partie supérieure du flanc, on sentait une masse tendue, épaisse, qui se prolongeait en avant jusqu'au bord externe du droit et montait en haut jusqu'au foie. Cette masse, extrêmement douloureuse, était fluctuante, dans la profondeur et le palper bi-manuel avait paru démontrer que la fluctuation se prolongeait en arrière dans la région lombaire. On pensait à une infection d'origine utérine et à un phlegmon péri-néphrétique secondaire.

L'incision commune de l'abcès péri-néphrétique montra tout de suite que la loge urétero-rénale était indemne et aussi que la collection était malaisément accessible par cette voie. La plaie fut fermée et l'incision reportée en avant, sur le relief antérieur de la tumeur. On tomba sur une poche purulante à odeur intestinale bien caractéristique. On fit le drainage, puis l'appendicectomie en second temps.

Nous pouvons en citer encore d'autres, mais nous préférons décrire les caractères en vue du diagnostic différentiel en se basant sur les observations recueillies soit en France ou à l'étranger (*Surgery gynecology and obstetrics*, XLVIII, n° 2, juin 1929, pp. 757-765. L'auteur allemand se base sur 21 cas personnels).

Phlegmon périnéphrétique et abcès rétro-cæcal :

1° *L'état fébrile constant.* — Dans le phlegmon périnéphrétique, la fièvre revêt le type à grandes oscillations, avec rémissions matinales, mais elle ne descend pas au-dessous de 38°. Elle débute par un frisson, des sueurs accompagnées d'une grosse température. Le malade est abattu, état saburral marqué, anorexie, langue sèche, en somme on constate tous les signes d'infection générale. Or, nous avons vu que tous les malades atteints d'appendicites lombaires chez lesquelles rien ne se manifestait pendant les premiers jours,

tout se borne à un état fébrile et à un mauvais état des voies digestives.

2° *A cet état fébrile vient s'ajouter la douleur.* — D'habitude sourde au début, rarement aiguë, tandis que la douleur aiguë est habituelle dans l'appendicite ; elle s'accroît rapidement, elle devient vive et siège souvent dans la région lombaire (costo-lombaire, surtout dans l'appendicite rétro-cæcale) ; elle s'irradie vers l'épaule, vers l'abdomen et l'ombilic. La douleur est spontanée ou provoquée par la palpation, quelquefois elle est telle, aussi bien dans l'un que l'autre cas, que le malade se laisse difficilement examiner.

L'appendicite rétro-cæcale, même très haut située, donne presque toujours des symptômes mixtes lombaires et iliaques (MAC BURNEY) et une douleur à la palpation cæcale. On ne trouve pas le point douloureux appendiculaire dans un phlegmon périnéphrétique, ainsi la zone douloureuse est contracturée en avant du bord externe du carré des lombes et au-dessus de la crête iliaque. Il ne faut pas prendre la douleur au Mac Burney pour le point urétéral.

3° *La tuméfaction.* — La tuméfaction dans les deux maladies n'apparaît rarement qu'après plusieurs jours. Avant de devenir superficielle, elle demeure si profonde qu'il est difficile de la constater. Le phlegmon périnéphrétique évolue d'emblée dans la loge rénale, reste lombaire et il fait corps avec la paroi. La paroi postérieure s'œdématie plus rapidement que dans l'appendicite par progression rapide du fait que la tuméfaction dans le phlegmon périnéphrétique est plus près de la surface. Les malades cherchent à relâcher les muscles lombaires, inclinent le tronc du côté de la lésion, d'où incurvation de rachis, avec rigidité, formant une scoliose lombaire à concavité du côté malade (inconstant 3 fois sur 10, J. Belge, 1932). On a pu constater la

rougeur cutanée à ce niveau et abandonné à lui-même, le pus tend à se faire jour vers la région cœcale ou lombaire dans ces deux maladies et y laissent une fistule permanente. (MEDING, *Arch. de Méd.* 1842 fistulisation lombaire de l'abcès R.C.), (Sur un cas de phlegmon périnéphrétique appendiculaire fistulisé par MM. BOTREAU-ROUSSEL, *Soc. de Chirur. de Marseille* 1930). Le pus de la loge rénale peut, au bout de quelques jours, fuser vers la fosse iliaque, et le tableau peut être identique entre les deux affections. Seul l'interrogatoire des malades ou de leur entourage, sur les accidents initiaux, permet de fixer l'origine des troubles observés.

4° *Les antécédents d'ordre clinique et de laboratoire peuvent* fournir les épreuves sur lesquelles on pourra appuyer pour le diagnostic du phlegmon périnéphrétique.

Clinique. — On a signalé le phlegmon périnéphrétique au cours de l'infection générale de l'organisme, dont l'agent septique a été porté par voie sanguine: la fièvre scarlatine, la variole, les infections puerpérales. L'infection d'atmosphère graisseuse périnéale peut se faire à la suite d'une suppuration de voisinage: pleurésie purulente, abcès du foie et de la vésicule biliaire, ulcère du duodénum, perforation du colon par néoplasme. Le phlegmon périnéphrétique peut être secondaire à une propagation de l'infection d'origine d'appendicite rétro-cœcale (Rein appendiculaire de DIEULAFOY). (Un cas de phlegmon périnéphrétique appendiculaire à la Soc. Chir. de Marseille 1930. — Cinq cas dans *Revista medico-chirurgicala*, din *Jari* xci 1930, par STOIAN et D. RANULESCU).

Laboratoire. — a) *Examen du sang:* montre souvent une leucocytose élevée avec polynucléose, on conclut à l'existence d'un foyer de suppuration qui peut être d'origine appendiculaire.

b) *Examen de l'urine*: Les urines sont peu abondantes et fortement uratiques et rarement purulentes. Existence d'une bactériurie et pyurie suffisantes sont en faveur d'une pyélonéphrite préexistante ou coexistante. K. NCHEEL (*Zeitschrift für Urologie*, t. XVIII n° 7, 1924 p. 362-375), en se basant sur 39 cas d'abcès périnéphrétique cathétérisé, conclut l'existence d'une triade symptomatique dans un phlegmon périnéphrétique. 1°) Un ralentissement de l'élimination de l'indigo-carmin; 2°) Une augmentation relative du nombre des leucocytes; 3°) Une élimination microbienne notable et dont il s'agit le plus souvent de staphylocoques.

La présence du coli-bacille permet d'éliminer la possibilité d'un abcès périnéphrétique.

c) *Examen radiographique*: A.H. PEACK (Washington, *Journ. de Chir.* 1930), constate 21 cas d'abcès périnéphrétique: 1°) fièvre constante; 2°) douleur vive localisée dans l'angle costo-vertébral; 3°) leucocytose élevée; 4°) une incurvation du rachis avec rigidité; 5° un déplacement du rein et de l'uretère en avant ou en dehors par la masse rétro-rénale ou rétro-péritonéale. WOLFROME, dans *Journ. belge d'Urologie*, tome IV, n° 1 1932, p. 10-18, rapporte 3 cas dont le diagnostic a été facilité par l'élément radiologique que nous résumons ainsi: 1°) Disparition de la silhouette rénale (9 sur 11 signes précoces); 2° Ascension de la coupole diaphragmatique ou la diminution de l'expansion respiratoire (peu constante, 5 sur 10). On le voit aussi dans les tumeurs du foie; 3° Ombre prérénale partiellement ou totalement distincte du rein, surtout quand on pratique une néphro-pyélographie intra-veineuse (*Soc. Française d'Urologie*, février 1932).

En résumé, l'ensemble des signes cliniques et laboratoires, l'absence des commémoratifs étiologiques bien précis, sont en faveur d'un abcès rétro-cæcal. L'abcès périrénal,

quoique rare, à symptomatologie lombaire, simulé d'avantage une appendicite rétro-cæcale, comme GUILLOMINET et TEXIER l'ont observé, ainsi que D. RANULESCU (*J. de Chir.*, 1931). Le diagnostic entre l'abcès R.C. appendiculaire et l'abcès périnéphrétique n'a un intérêt qui est surtout étiologique. En effet tout abcès qui fait relief dans la région lombaire sur le côté, quelle qu'en soit son origine, sera traité par une incision sur la zone de pleine fluctuation ou en pleine masse accessible.

Pyonéphrose ou pyélonéphrite avec distension. — Les pyonéphroses compliquées de périnéphrite phlegmoneuses rentrent dans la catégorie des précédentes. Quand la poche rénale suppurée est encore étanche, la pyonéphrose doit se reconnaître toujours à son indolence relative, à ses contours réniformes ou globuleux, à sa mobilité longtemps conservée, aux urines déjà purulentes avant l'apparition de toute tuméfaction, ou variation de volume et de tension de la poche quand la pyonéphrose est encore ouverte. Quelquefois en plus des signes fonctionnels et généraux, le palper peut être bien flou et décevant à cause de la gaine de périnéphrite habituelle qui fixe l'organe et estompe le contour. On a signalé des collections appendiculaires lombaires adhérentes à la capsule rénale et ouverte dans le bassin du rein droit; mais ici l'évolution du début est toute différente de la pyonéphrose (voy. pyélo-néphrite sans distensions, obs. du docteur JOYLE dans la thèse de NICOD, 1904, montrant la simulation de cette affection avec une appendicite R.C. suppurée).

L'hydronéphrose ou uro-néphrose. — On peut observer au cours d'une crise aiguë d'hydronéphrose à type néphrétique de la fièvre et un peu de contracture (*C. Soderlund, Acta chirurgica Scandinavica* t. LIX 1925, 2 mai, p. 100-139) de la paroi abdominale lombaire, symptômes qui peuvent

faire croire à l'existence d'un processus inflammatoire intra-abdominal et en cas de l'hydronéphrose droit, à une cholécystite ou à une appendicite postérieure. Le cathétérisme urétéral permet l'émission d'une quantité de l'urine abondante et claire, en même temps que diminue ou disparaissent les phénomènes douloureux de l'hypochondre ou lombaire, sera en faveur de l'hydronéphrose. Ou inversement un abcès rétro-cæcal peut être pris pour l'hydronéphrose.

VAUTRIN (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie de l'abdomen*) dit avoir vu en avril 1897 une femme d'excellente santé antérieure qui présentait des crises néphrétiques accompagnées d'augmentation du volume du rein et suivies d'évacuations abondantes d'urine. Il opère la malade pour une tumeur du gros intestin ou d'hydronéphrose. L'opération montra une masse vers la partie inférieure du rein renfermant dans son centre un pus épais dans lequel était englobée l'extrémité supérieure d'un appendice rétro-cæcal. GAUTIER et CLAVEL (*Journal d'Urologie*, 1930) démontre d'après plusieurs observations que l'hydronéphrose peut produire par des adhérences de l'appendice à l'uretère et surtout dans les cas d'appendicite rétro-cæcale. L'appendicite et l'hydronéphrose peuvent coexister sans avoir aucun rapport entre elles.

Le diagnostic entre l'appendicite lombaire et l'hydronéphrose s'appuie : a) Sur les symptômes cliniques; b) Sur les explorations cystoscopiques et le cathétérisme des uretères, qui peut montrer l'existence d'une rétention et l'augmentation de la capacité du bassinet; c) Sur la pyélographie, c'est-à-dire la radiographie après l'injection de substance opaque dans le bassinet avec les précautions nécessaires (sous faible pression) pour la rendre inoffensive. Elle nous

montre l'existence d'une rétention rénale et une déformation ou agrandissement de l'ombre du bassin et en cas d'hydronéphrose.

La ptose rénale avec ou sans hydronéphrose. — Plus fréquente chez la femme du fait d'évasement des fosses lombaires et des grossesses. La crise aiguë se voit surtout chez les jeunes neurasthéniques et elle est apyrétique (Thèse de MÉNARD, 1202). Elle se caractérise par ses douleurs lombaires, sensation de gêne, de pesanteur, de picotements ou d'élancements dans le flanc droit, avec irradiation abdominales et crurales. En général, les douleurs apparaissent quand le malade est debout et disparaissent dans le décubitus, éventualité révélée par l'interrogatoire en dehors de la crise aiguë. Ces crises violentes avec ses vomissements et sa douleur syncopale accompagnées d'oligurie (d'ordre réflexe) ou d'anurie, ont été attribuées à un étranglement rénal sous l'influence d'une coudure oblitérante de l'uretère. Pendant la crise, le rein ptosé s'augmente de volume et devient facilement palpable. ALGLAVE (*Press. Méd.*, 1913) prétend que si la néphropexie rétablit l'évacuation du bassin, il réalise une véritable colopexie indirecte, améliore les troubles de stases coliques qui sont la cause des douleurs. C'est par cette stase ou par compression d'ordre mécanique qu'on admet le rein mobile une des causes d'appendicite. En réalité, les tiraillements nerveux effectués par le rein mobile sur son pédicule en sont la principale cause.

L'appendicite lombaire banale peut coexister avec une ptose rénale droite, fait communément admis. Un diagnostic précis permettra de faire la néphropexie avec appendicectomie par voie lombaire, quand le rein est très mobile et douloureux, ainsi on évitera deux interventions, ce qui a été fait dans le cas personnel de LAQUIERRE (Th. 1926,

Appendicite rétro-cæcale coexistante avec une ptose rénale).

En présence de douleurs lombaires, le diagnostic de rein mobile, du fait de sa rareté, ne doit être retenu qu'en dernier lieu et sera à sa faveur si le pyélocospie nous montre des troubles d'évacuation du bassin en position basse, disparaissant ou s'atténuant lorsqu'on remet le rein en place.

Deux manœuvres simples peuvent donner le même résultat : 1° Le malade couché, en position déclive : le siège haut situé par rapport à la tête, les jarrets placés plus haut que le siège. Dans cette position, le rein revient spontanément dans sa loge et la recherche de la douleur dans la région appendiculaire devient absolument négative ;

2° Dans cette position déclive, la main droite explore à fond la fosse iliaque droite, pendant que la main gauche refoule, réduit et maintient facilement cette réduction (ANTOINE). A noter que quelquefois un palper bi-manuel simple nous montre la mobilité du rein.

CONCLUSION

Le diagnostic entre les affections réno-urétérales et l'appendicite rétro-cæcale peut, dans certains cas, être difficile et presque insurmontable à l'examen clinique et peut être pris l'un pour l'autre, et ceci essentiellement dans les formes urinaires. D'autant plus l'inflammation de l'un peut avoir un retentissement sur l'autre et des erreurs de diagnostic, malgré tout, sont assez souvent commises. (Rapport pathologique de l'appendice et de l'appareil urinaire. *Journal des Praticiens*, avril 1933.)

Si après un examen méthodique toutes les causes rénales sont éliminées, nous penserons à l'intestin et à l'appendicite souvent rétro-cæcale ou rétro-colique s'il existe un point

douloureux assez net au point de Mac-Burney, qui ne manque pour ainsi jamais.

Les affections du colon avec une masse perceptible :

1° *Tumeur du colon et du cæcum et essentiellement le cancer :* qui peuvent après une phase véritable d'obstruction chronique présenter des épisodes aiguës identiques à l'appendicite avec plastron inflammatoire et suppuration pariétale. Elle est caractérisée par ses douleurs vagues, ses troubles dyspeptiques, par son palper souvent difficile et qui peut simuler une appendicite rétro-cæcale suppurée. Mais ici encore, le diagnostic se basera sur les antécédents, sur l'examen physique minutieux et méthodique associé, si c'est possible la radiographie.

2° *Typhlites et pérityphlites suppurées.* — La confusion est possible quand l'abcès occupera la loge costo-iliaque ou lombaire plutôt que la fosse iliaque. Mais ici le début est plus torpide que dans l'appendicite franche, sans douleurs brusques, et se voit chez les anciens constipés atteints de colite muco-membraneuse. La palpation au point de Mac Burney et Lanz est bien parfaitement tolérée.

Diagnostic avec la péritonite aiguë. — Au début, c'est facile car, dans le cas d'appendicite, il est un peu plus lent et un peu moins franc, mais c'est l'étiologie qui pose le diagnostic. Or, l'appendicite représente une nécessité assez souvent comme les causes de péritonite dont cette notion de fréquence nous oblige à penser à elle de suite, tout en réservant sur les autres causes : perforations ou propagation, etc... Mais tardivement, quand les symptômes occlusifs s'y mêlent (se voit surtout dans la fosse lombaire), il est difficile de dire si c'est une occlusion finissant en péritonite, ou l'inverse.

B. *Elément de diagnostic positif:*

I. *Clinique.* — L'appendicite rétro-cæcale à symptomatologie classique antérieure le plus souvent est d'un diagnostic aisé, mais sa situation sera une découverte opératoire. En dehors de ça, lorsque tous les signes sont en faveur d'une appendicite aiguë et que l'examen de la fosse iliaque droite révèle presque rien d'anormal, il ne faut pas abandonner l'idée d'une appendicite aiguë en position anormale: rétro-cæcale ou pelvienne. Si on ne trouve rien dans le petit bassin, pensez à une appendicite rétro-cæcale lombaire si on est en présence de certains symptômes caractéristiques que nous avons décrit en détail. L'association d'une douleur lombaire avec une contraction de cette région associé à l'absence ou l'atténuation de réaction péritonéale sont du plus haut intérêt. Il faut toujours chercher le point de Mac-Burney qui est souvent douloureux et ne pas le prendre pour le point urétéral.

Dans le cadre clinique, il est intéressant de signaler les trois expériences qui ont été faites à l'étranger en vue de faire cliniquement le diagnostic d'une appendicite aiguë.

II. *Dissociation des températures recto-axillaires:*

1° MM. DEOLINDO, A. PASQUALIS, de Buenos-Aires (*Monde Médical*, 1930) prétendent qu'il serait possible de déterminer la situation de l'appendice dans les cas aigus en se basant sur la dissociation des températures rectale et axillaire. Les cas où la dissociation des températures serait supérieur à un degré correspondrait à des appendices libres dans la cavité (variété commune). Plus l'écartement thermique est grande, plus le danger d'une péritonite localisée ou diffuse sera possible. Par contre, les cas où la dissocia-

tion recto-axillaire inférieure à un degré (avec une température approximative de 38° ou plus) correspondrait à des appendices sous-séreux pré ou surtout rétro-cæcales. Ces conclusions sont basées sur dix cas pris au hasard par l'auteur dans les statistiques sur le sujet en question. Ces conclusions peuvent être un peu théorique du fait d'incertitude et l'inégalité de la température axillaire, comme le prétend Louis BONNET (Société de Chirurgie, 1929), cependant elles méritent d'attirer notre attention et être mis en épreuve pratique qui n'exige pas une grande peine. Nous avons essayé de la voir plus près chez les malades du service de notre maître M. le Professeur MASSABUAU pris au hasard, pendant la crise aiguë. Dans les quatre premiers cas nous avons eu une dissociation recto-axillaire inférieure à un degré dont deux fois l'appendice était latéro-cæcale externe, une fois latéro-cæcale interne, une fois rétro-cæcale, et une fois normale. Le cinquième cas, la dissociation était supérieure à un degré ; il s'agissait d'une appendice à situation normale.

Explication du rapport entre la dissociation recto-axillaire et la position topographique de l'appendice. — Lorsque l'appendice est libre dans la cavité et que le processus inflammatoire atteint l'intensité maxima (perforation organique), le péritoine réagit d'une façon plus intense sous la forme d'une péritonite diffuse ; la résorption des toxines produira à son tour une aggravation de l'état général avec augmentation de la température locale (rectale) et dissociation recto-axillaire plus marquée.

Par contre, dans le cas d'appendice cachée, à disposition rétro-cæcale ou sous-séreuse, le processus est, pour ainsi dire, localisé, sa position anatomique ne permettant pas la diffusion du processus inflammatoire ; la température

rectale est, dans ce cas, moins élevée et la dissociation recto-axillaire est plus basse.

Importance. — 1° *Au point de vue pronostic* : Pour faire un diagnostic précoce de l'appendicite lombaire et intervenir en temps utile au profit du malade du fait de l'évolution grave et complication dangereuse de cette forme anormale.

2° *Au point de vue opératoire.* — a) On évite la difficulté opératoire tardive par des adhérences qui fixent intimement l'appendice à la paroi postérieure du cæcum ou du colon ascendant ; b) Les chirurgiens en soupçonnant une semblable localisation, pourront l'aborder immédiatement sans qu'il soit nécessaire d'explorer longuement l'intestin.

Précaution (BONNET). — Bien sécher l'aisselle, vérifier que le bras est bien appliqué sur le thorax, que le réservoir est bien placé au centre de la cavité axillaire et surtout pendant une durée suffisamment prolongée.

2° *Le signe du phrénique dans l'appendicite.* (M. O. ILIESCU, de Bucarest. *Press. Méd.*, 1926). — L'auteur a trouvé que, chez tous les appendiculaires, le nerf phrénique droit est douloureux à la pression au niveau du cou, derrière les tron ou phlegmon. Le signe diminue parallèlement au reinsertions inférieures du sterno-cleido-mastoïdien. Ce signe est très intense dans l'appendicite aiguë avec ou sans refroidissement du foyer et disparaît dans les heures qui suivent l'appendicectomie.

L'application d'une vessie de glace le fait disparaître. Il existe dans les ulcères gastriques ou duodenum qui disparaît après gastro-enterrostomie.

3° *La dilatation active de pupille droite* (Vue sur 3.500 patients opérés par P.-J. BUCHMAN-RASTOV « U. R. S. S. »).

Press. Méd., 1930). C'est un symptôme objectif vérifié sur les appendicites chroniques.

II. — Laboratoires :

1° *Examen du sang.* — GAUTHIER et CLAVEL (*J. Urologie*, 1930), ont fait l'examen du sang en particulier dans les appendicites chroniques. Ils prétendent que la modification globulaire varie suivant la gravité et l'ancienneté de l'infection. L'augmentation des globules blancs porte presque toujours sur les polynucléaires et peut dans le cas grave s'élever jusqu'à 90 et 95 p. 100 au lieu d'être 70 p. 100.

MARTEL (*Presse Méd.*, 1926), d'après une expérience de 15 ans, montre que l'hyperleucocytose et surtout polynucléose est en faveur d'une suppuration appendiculaire et par conséquent rend de très réels services dans le diagnostic des suppurations appendiculaires profondes inaccessibles et son absence est par contre un signe très précieux permettant d'opérer sans arrière-pensée une appendicite refroidie.

2° *Modifications des urines au cours de l'appendicite.* — D'après les études des différentes publications en particulier (Th. de BAUCHESEICHE, Paris, 1904) on peut faire à la rigueur un parallélisme entre la gravité des lésions et les résultats de l'examen des excréta.

I. *Appendicite avec péritonite localisée sans abcès.* — *Appendicite subaiguë* : 1° Variation insignifiante de l'urée et de l'acide urique ; 2° Présence d'indican.

II. *Appendicite avec abcès enkystés.* — *Appendicite aiguë* :

1° Augmentation de l'urée notable, 25-35 gr. par litre ;

2° Acide urique souvent augmentée ;

3° Grande indicanurie ;

4° Trace d'albumine, d'urobiline et des pigments biliaires;

5° Le volume de l'urine est diminué.

III. *Appendicite suraiguë: Les cas très graves:*

1° Grande formation d'urée jusqu'à 50 et 60 gr.;

2° Diminution notable des chlorures et des phosphates ;

3° Albuminurie associée à l'urobilinurie.

3) *Radiologie.* — Demandé surtout dans l'appendicite chronique ou aiguë refroidie, jusqu'à présent ne donne toujours que peu de renseignements concordants avec les signes cliniques ou constatations opératoires. L'appendice dans la position rétro-cæcale est souvent invisible du fait de sa position qui se laisse difficilement injectée par la substance opaque. MARTEL, dans sa thèse de 1933, sur diagnostic radiologique dans l'appendicite chronique, conseille certaines précautions.

CHAPITRE IX

TRAITEMENT

Le principe de la thérapeutique de l'appendicite aiguë actuellement est bien établi. Toute appendicite doit être opérée. « Il n'existe pas de traitement médical de l'appendicite ». DIEULAFOY entend ainsi le traitement curatif et les faits lui ont donné raison. Actuellement, le monde médical est d'accord que les appendicites graves doivent être opérées, car l'intervention est le seul moyen de sauver les malades. Quand aux appendicites bénignes ou peu graves dont la phase critique a spontanément guérie, les avis sont différents, mais en réalité, il est sage et prudent d'intervenir. Car l'appendicite est une maladie à rechute et la guérison spontanée ou médicale de la première crise ne permet jamais de conclure à la bénignité des crises ultérieures. Dans les crises graves, l'opération est une intervention d'indication immédiate urgente, dans les crises guéries, ou à rechute, l'opération est un traitement curatif et prophylactique nécessaire. De telle sorte qu'on peut dire avec DIEULAFOY : « L'opération chirurgicale est le traitement définitif et radical de l'appendicite dès que le diagnostic est établi ». Puisqu'il s'agit d'un danger de la vie humaine, il est préférable, en cas d'erreur de diagnostic, de

perdre un appendice sain que de garder un appendice malade. En dehors de l'acte opératoire, il existe un traitement médical pendant la crise aiguë où il faut s'abstenir de faire une intervention chirurgicale, sinon la vie de notre malade serait en danger. Le but de ce traitement médical, ou traitement d'attente, est de favoriser la guérison de la crise, de façon à permettre l'opération tardive « à froid » sans danger.

I. *Traitement médical ou traitement d'attente.* Il faut se garder de prescrire des purgatifs quels qu'ils soient, même si le diagnostic n'est pas encore établi. Que des perforations appendiculaires, surtout gangréneuses, ont été le résultat d'une purge intempestive. En présence d'une crise, le lavement est une erreur, car il provoque des mouvements péristaltiques de l'intestin qu'il est alors nécessaire d'éviter. Tout l'effort, au contraire, doit tendre à mettre l'appendice et le tube digestif dans un entier repos par les mesures suivantes :

1° *L'administration d'opium sous une forme quelconque.* — Les opiacés ont été recommandés pour calmer les contractions intestinales et les douleurs qui en résultent ; mieux vaut s'en abstenir si c'est possible. Car il faut se souvenir que si elles sont des agents calmants, elles sont en même temps des agents déprimeurs. Or, le malade doit faire les frais de son infection et de son opération, d'autant plus leur action masque les symptômes et peut par là induire en erreur dans son appréciation et son pronostic. Par conséquent, ne doit-on recourir aux opiacés qu'avec la plus grande discrétion.

2° *L'application de la glace sur la région appendiculaire.* — La glace en permanence constitue une prescription d'une importance capitale, car elle paralyse l'anse intestinale, calme la douleur, facilite la réaction défensive. Cette appli-

cation est fort bien tolérée jusqu'à la disparition de la fièvre et de la douleur, à condition que la vessie ne soit pas entièrement remplie de glace, ni de fragments trop volumineux. La vessie doit être interposée par un linge ou un morceau de flanelle plié en double.

L'application prolongée de la glace peut déterminer une infiltration superficielle de la peau, qui devient dure et douloureuse et qui disparaît après sa suppression. Un médecin non prévenu peut la prendre pour le signe d'une collection purulente prête à s'abcéder, étant donné qu'en déprimant profondément la peau infiltrée, on constate que la pression cesse d'être douloureuse.

3° *Mettre le malade au repos et au lit avec la diète absolue dès la constatation de la crise, au moins 48 heures.* — Si l'on est obligé de continuer assez longtemps le refroidissement, le régime à suivre est modifié au fur et à mesure que les symptômes inquiétant disparaissent. Après avoir autorisé un peu d'eau, on ordonne progressivement et graduellement la tisane de céréales, le bouillon de légumes, le jus de fruits. Si cet essai d'alimentation détermine une augmentation de la fièvre ou de la douleur et des vomissements, on institue à nouveau la diète absolue. Pendant la durée de la fièvre et de la réaction douloureuse, Edmond PROVOST, chirurgien de Québec-Montréal, conseille l'emploi du thymol en solution comme un excellent antiseptique interne.

II. *Traitement chirurgical.* — C'est un traitement curatif quelle qu'elle soit la forme clinique ou anatomique de l'appendice. Dans l'appendicite rétro-cæcale, il faut être très interventionniste du fait qu'elle est plus prédisposée à se perforer et se gangréniser que dans la forme antérieure. L'indication opératoire et la nature même de l'intervention

varient suivant que l'on se trouve en présence d'une crise, d'un abcès enkysté ou d'un péritonite confirmée.

A) *Indication opératoire.* — Envisageons plusieurs phases :

1° *Faut-il opérer dans les 48 premières heures ?* Oui.

La question est réglée à l'heure actuelle et il n'y a aucune raison d'ajourner ; il faut opérer le plus rapidement possible, quelle qu'elle soit la gravité. Car les statistiques nombreuses publiées montrent que plus on opère près du début de la crise, plus efficacement on prévient les complications.

Cette opération précoce est excellente :

a) *au point de vue technique :* car les adhérences, si elles existent, sont friables et l'appendice suit facilement dans la plaie opératoire.

b) *l'opération est parfaitement bénigne :* plus bénigne que dans l'appendicite à froid qui possède des adhérences solides.

c) *au point de vue thérapeutique :* c'est une intervention idéale, car on empêche l'évolution ultérieure dont on ne prévoit pas la gravité.

2° *Au delà de 48 heures, quelle est la conduite à tenir ?*
— Il faut se baser sur la valeur de la crise, comme le conseille notre maître M. le professeur MASSABEAU, en se rendant compte si elle a tendance à se localiser pour se refroidir ou à se généraliser vers une péritonite.

Comment juger cette valeur ?

Lorsque la crise appendiculaire évolue vers la localisation et le refroidissement, on se trouvera en présence d'une contracture limitée et d'un plastron, ou empâtement réactionnel dans la fosse iliaque droite. Dans ce cas, il faut s'abstenir de l'intervention qui serait dangereuse et pourrait compromettre la vie de notre malade par une dissémina-

tion des germes et une péritonite généralisée consécutive. C'est ici qu'il faut appliquer un traitement médical pour refroidir la crise et attendre la résorption du plastron avant de procéder à une intervention. Il faut que le plastron se ramolisse et se transforme en un abcès bien collecté ; à ce moment, il faut intervenir sans délai comme s'il existait une collection suppurée dès le début. LECÈNE conseille de remettre l'opération à trois, mais dans le cas où le plastron est long à disparaître. Si malgré l'abstention d'une intervention l'état du malade est particulièrement grave et que la contracture de défense se généralise dans tout l'abdomen, il faut opérer sans délai car la péritonite généralisée est imminente.

Quand on observe une amélioration manifeste dans les symptômes locaux et généraux les avis sont partagés. LECÈNE conseille pour qu'on fasse une opération tout à fait à froid de ces formes bénignes, il est préférable d'attendre trois semaines pour opérer le malade en toute sécurité. Il est évident que si pendant ce refroidissement la moindre aggravation survient, on doit intervenir. Cependant, et sans exagérer comme on l'a fait trop souvent, les dangers d'un refroidissement ou une accalmie souvent trompeuse dans la forme rétro-cæcale, n'est pas tout de même sans inconvéniant. Le plus souvent, après une phase d'accalmie on se trouve en présence des lésions gangréneuses ou d'une perforation. Pierre DELBET a bien mis en lumière la gravité de ce cas dans l'appendicite classique. D'après les constatations de nos observations personnelles et recueillies, il nous paraît prudent de se méfier de cette accalmie souvent trompeuse et d'opérer après les 48 heures le plus tôt possible, sauf dans les cas où toute intervention est contre-indiquée.

B) *Les voies d'accès et quelques points de technique chi-*

rurgicale. L'indication opératoire posée plus ou moins urgente, il reste à la réaliser.

Incision. Qu'il s'agisse d'une crise aiguë, d'une péritonite généralisée, d'un abcès rétro ou latéro-cæcal ou d'une forme chronique, il existe en général deux voies d'accès :

1° *La voie abdominale ;*

2° *La voie postérieure.*

I. — *La voie abdominale.* — Beaucoup plus employée parce qu'elle donne le maximum de commodité, et bien rarement le diagnostic de la position n'étant pas fait, on est obligé d'aborder l'appendice par les voies classiques. Toutes nos appendicites postérieures, méconnues ou diagnostiquées sans abcès, ont été traitées par la voie abdominale, « incision de Jalaguier », nous ont donné une parfaite satisfaction.

Nous ne discuterons pas sur les diverses incisions proposées par les différents chirurgiens : GOSSET (incision de Mac Burney, dans *J. des Chirurgiens* de Paris, 1931) ; LECÈNE (incision sus-iliaque, dans *J. de Chir.*, 1922) ; Pierre DESCOMPS (semblable à celle de LECÈNE, *Revue de Chirurgie*, 1924) ; PARISAT (Thèse de Paris, 1922), etc..

D'après la longue pratique de notre maître, M. le professeur MASSABUAU, il est préférable et logique d'employer l'incision latérale externe de Jalaguier. Cette incision ne nous oblige pas de faire une section des fibres musculaires en cas qu'on soit obligé de prolonger l'incision par en haut, suivant la nécessité. Dans l'incision latérale de Jalaguier, il suffit de faire la section de la peau et de l'aponévrose, non pas le muscle, pour pouvoir la transformer en une véritable laparotomie latérale sans inconvénient qui nous donnera beaucoup plus de jour que dans d'autres. La section musculaire dans d'autres incisions que celle de Jalaguier peut intervenir ultérieurement dans éventuation et

elle est moins septique. (Le mémoire de ROUX et GUINOT, dans le service de notre maître, M. le professeur MASSABUAU du 10 juillet 1935.)

Une grande règle opératoire est de respecter au maximum les adhérences qui cloisonnent la loge cæco-appendiculaire vers la grande séreuse abdominale et d'inciser à l'intérieur de la zone adhérentielle et non en péritoine sain.

La voie abdocolicale sera utilisée en particulier :

1) *Pour la crise appendiculaire simple avec ou sans diagnostic de la position.*

2) *Pour la péritonite généralisée.*

3) *Pour le cas où le siège de l'abcès est incertain ou avec l'expression clinique abdominale.*

4) *Pour l'appendicite rétro-cæcale aiguë, refroidie ou chronique.*

5) *Pour la crise appendiculaire simple ou sans diagnostic de la position.*

a) *Voie d'abord.* — Incision de Jalaguier.

b) *Recherche du cæcum et de l'appendice.* — L'organe directeur de cette recherche cæco-appendiculaire sera quelquefois l'appendice qui se présentera par sa pointe ; d'autres fois le cæcum par ses bandelettes longitudinales. Ces bandelettes peuvent servir comme point de repère pour l'implantation appendiculaire à leur convergence. Ces bandelettes rendent un grand service dans certains cas, le cæcum étant déjà extériorisé et relevé lorsque l'angle iléo-cæcal sous les yeux, on ne trouve pas encore l'appendice enfoui au milieu d'adhérences et parfois presque amputé. La recherche cæco-appendiculaire varie suivant que l'on est en présence d'un cæcum fixe ou mobile.

1) *Extériorisation du cæcum est impossible. Cæcum aco-*

lé. — Il arrive parfois que le décollement prudemment mené ne permet pas d'extraire le cæcum. Dans cette condition, il ne faut pas insister sur cette manœuvre à l'aveuglette et agrandir l'incision vers en haut sans hésitation. Avant de décrire les autres temps opératoires, nous allons citer en résumé les avis de quelques auteurs.

Pierre DESCOMPS (*Rev. de Chir.*, 1921), d'après neuf cas d'appendicectomie rétro-cæco-colique conclut que :

a) On ne peut aborder l'appendice R. C. de façon constante, facile et sûre que « par en arrière », en passant d'abord en bas et en dehors et en réclinant vers la ligne médiane la masse cæco-colique avec son réseau vasculaire.

b) Il est impossible dans un tel amas vasculaire de trouver le tronc artériel appendiculaire et de le lier par un seul fil vers la base de l'appendice.

c) Cette disposition vasculaire impose une exérèse prudente avec une hémostase exécutée pas à pas, en longeant le bord médian vasculaire de l'appendice.

Robert LASCAUX (*Presse Méd.*, 1934, p. 685), après avoir perdu deux de ses malades (l'un par hémorragie, l'autre de péritonite) prétend que l'appendicectomie rétrograde dans l'appendicite rétro-cæcale est mauvaise pour deux raisons :

1) L'hémostase est toujours incertaine et elle peut entraîner une grosse hémorragie interne.

2) La pointe de l'appendice souvent fixée au voisinage de l'angle hépatique peut se rompre par tiraillement.

L'auteur, après une description anatomique, propose la technique suivante que nous résumons dans ces quelques lignes.

a) *Cæcum extériorisable.* — Dans un premier temps, on reconstituera le méso-appendice par une ligature, après avoir incisé la séreuse et la décoller jusqu'au niveau de l'insertion cæcale de l'appendice.

En second temps, on fait une appendicectomie suivant la technique habituelle.

b) *Cæcum n'est pas extériorisable.* — Ici la manœuvre procèdera par un décollement du cæco-côlon en incisant le péritoine pariétal sur sa ligne de réflexion avec le péritoine colique.

En réalité, c'est une appendicectomie sous-séreuse, décrite par CADENAT (*Presse Médicé, 1927*) ; DAMBRIN (*Presse Médi., 1925* ; *Toulouse Médical, 1932, p. 325-31*), etc.

L'inconvénient de cette méthode c'est que si elle est très commode dans l'appendicectomie à froid, elle risque, dans la crise aiguë de laisser subsister, malgré toute précaution, une portion du muscle infecté ou parfois déjà gangrené, Ou bien par les tractions sur un appendice dépourvu de séreuse, il peut exposer à la rupture prématurée de l'organe, point de départ d'accident septique.

D'autant plus que cette manœuvre exige plus de temps, ce qui n'est pas en faveur de notre malade, déjà déprimé par la crise aiguë et souvent difficile à réaliser.

En réalité le cas où le cæcum n'est pas extériorisable, les temps opératoires sont les suivants :

1) *Incision sur le bord externe du cæcum et le décollement rétro-cæco-colique de dehors en dedans.* Cette manœuvre permet de retourner le cæcum et le côlon ascendant et donne accès sur la face postérieure pour pouvoir libérer l'appendice en deuxième temps.

Ce décollement doit être fait très prudemment et très doucement, surtout dans les formes aiguës, car la face postérieure du cæcum peut être lésée, même en voie de sphacèle, et on risquerait de laisser une parcelle. L'intérêt est de trouver le bon plan de clivage, ce qui est rare dans l'appendicite chronique, mais dans l'appendicite aiguë le cæcum n'est pas complètement accolé. Dans l'appendicite

chronique, l'accolement est plus solide et plus étendu, ce qui nécessite la pratique de l'incision sur le péritoine pariétal au point de réflexion latéral.

2) *L'appendicectomie rétrograde surtout quand l'appendice est accolé.* — Dès que la base de l'organe a pu être découverte, on la sectionne au thermocautère, après l'avoir liée par transfixion au ras de son implantation cæcale et le file du segment distal pourra ainsi être utilisé pour faire une traction douce. Ensuite l'interruption de l'appendice se fait par libération le méso de la base vers la pointe en pratiquant des prises successives à l'aide de pinces, qui seront liées après la libération complète de l'appendice. On est obligé parfois de séparer l'appendice du cæcum en sculptant véritablement.

Il est inutile de dire que toute lésion cæcale devra être soigneusement séparée par suture séreuse, si elle est superficielle, en trois ou deux plans si elle est complète.

L'enfouissement. — Les discussions sont nombreuses; il est bien évident qu'il faut perdre au moins deux minutes. L'appendicectomie sans enfouissement ne donne pas davantage d'accidents que dans le cas de moignon enfoui. Parmi plusieurs milliers d'appendicectomies sans enfouissement, pratiqués par notre maître, M. le professeur Massabuau, on n'a jamais observé quoi que ce soit de fâcheux.

L'enfouissement de la surface rétro-colique cruanté se fait par simple rabattement du cæco-côlon et l'iléon terminal sur la surface pariétale de décollement.

II. Extériorisation du cæcum est possible. — Dès l'ouverture du péritoine, l'opérateur, soit par une pince spéciale, soit par l'index incurvé dans l'abdomen va à la recherche du cæcum et de l'appendice contre le flanc droit. Souvent, au début de la crise, du fait que les adhérences

sont fragiles, cette manœuvre manuelle arrive après un léger décollement à extérioriser aisément le cæcum et l'appendice. Le professeur GOSSET conseille de ne pas décoller le cæcum avant d'avoir protégé la cavité péritonéale par des compresses en dedans et en bas, car très souvent, entre ces adhérences et le cæcum on est surpris par une petite quantité de pus putride. Après l'extériorisation et le retournement du cæcum au niveau de l'angle supérieur de l'incision, l'appendice peut se présenter :

1) A peu près libre, qui se décolle en même temps que le cæcum, avec le méso plus ou moins enroulé sur lui-même. L'ablation de l'appendice ne présente pas de difficultés spéciales et on fait l'appendicectomie suivant la technique habituelle.

2) Si l'appendice tient peu, la ligature du méso-appendice pourra être typique par la ligature des artères appendiculaires dans un seul lien passé au niveau de sa base. Quelquefois une artériole de la base nécessitera une hémostase supplémentaire.

3) Si l'appendice est adhérent à la face postérieure du cæcum, on pratiquera l'appendicectomie rétrograde.

A noter. — On aura intérêt à réséquer le plus possible le méso-appendiculaire qui est ordinairement très infecté et susceptible de créer des complications par lui-même (ARGAUD.)

2) *Pour la péritonite généralisée.* — Dans neuf sur dix de ces cas, on ne devinera pas la position de l'appendice, bien qu'assignant à la péritonite une cause appendiculaire..

Lorsque l'extension de l'infection à la grande cavité péritonéale aura entraîné une décision opératoire vers le quatrième ou cinquième jour, la voie abdominale peu seule assurer l'évacuation du pus. La conduite à tenir consiste à faire une large incision (type Jalaguier), suivie de

l'appendicectomie et drainage. Celui-ci devra être fait à la fois dans le Douglas, par un drain insinué à la partie inférieure de l'incision et dans la fosse iliaque par une ou deux mèches mollement tassées derrière le cæcum. La plaie ne sera qu'incomplètement suturée en un seul plan. Il y aura même intérêt, surtout dans les cas de gangrène appendiculaire, à ne suturer que les muscles, en laissant l'incision cutanée béante. Nous n'insistons pas dans ce cas sur l'importance du traitement médical post-opératoire (glace sur le ventre, tonicardiaque, sérothérapie antigrangreneuse polyvalente si l'on a rencontré des lésions gangreneuses) qui du reste ne diffère guère avec le traitement général de la péritonite appendiculaire et qui est du reste bien connue.

3) *Pour le cas où le diagnostic du siège de l'abcès est incertain ou avec l'expression clinique abdominale.*

L'opérateur croyant à un abcès iliaque est tenté de faire l'incision classique; il ouvre le péritoine qui est sain. La palpation attentive permet de se rendre compte de l'existence d'une légère tuméfaction avec œdème sur le bord externe du cæcum. Cette tuméfaction est souvent significative d'une collection suppurée située en arrière du péritoine pariétal postérieur. DEMBRIN, dans la thèse de Subreville, 1926, conseille de refermer la cavité péritonéale indemne et de pratiquer une incision sus-iliaque.

MADRANGER, au sujet de ses deux cas (*Société Chir. de Marseille*) ne croit pas que l'incision sus-iliaque de LECÈNE lui ait rendu service; il propose après la fermeture du péritoine, de procéder une appendicectomie exclusivement sous-péritonéale ou lombaire. Mais souvent par effraction partielle de l'abcès; au cours de l'exploration, on sera obligé d'évacuer le pus, après avoir pris des précautions pour ne pas infecter le péritoine. Nous pensons pour diminuer au maximum les manœuvres opératoires dans ce cas, dont le

diagnostic de l'appendicite rétroéciale est incertaine, il suffit de protéger avant toute exploration la grande cavité péritonéale en tassant 5 ou 6 compresses à la partie interne de la plaie. La cavité étant ainsi isolée, on peut alors très prudemment décoller le bord interne du cæcum à la sonde et au doigt et le pus ne tardera pas à se faire jour. De cette façon, le péritoine sera à l'abri même en cas d'effraction accidentelle.

4) *Pour l'appendicite rétro-cæcale aiguë refroidie ou chronique*, — L'appendicectomie à froid ou chronique présente souvent des difficultés par les reliquats adhérenciels toujours fréquents, même après les crises les mieux et le plus longuement refroidies. L'appendice est parfois accolé au cæcum dans toute sa longueur et masquée par des adhérences parfois tellement marquées qu'on ne voit pas un relief pour pouvoir la reconnaître. C'est ici que l'appendicectomie rétrograde et sous-séreuse a été recommandée par DEMBRIN (*Toulouse Médical*, 1932), BERNARDHEIG et THOMAS (*Soc. Méd. et Chir. de Toulouse*, oc. 1925), CADENAT (*Soc. de Chir. de Marseille*, 1927), sauf dans le cas où la base de l'appendice est impossible à découvrir. Les auteurs, en particulier DEMBRIN, insistent sur les avantages de cette technique:

1) Elle simplifie considérablement l'acte opératoire et diminue notablement la gravité. 2) Cette voie permet d'éviter la blessure du cæcum et de se tenir loin des branches principales de l'artère appendiculaire et l'appendicectomie se fait avec une hémorragie insignifiante.

Manœuvre. — La séreuse appendiculaire fut incisée au ras de la ligature, parallèlement ou perpendiculairement à l'axe du verminum. Celui-ci fut dépouillé de son enveloppe séreuse par clivage comme une artère fémorale dont on veut enlever l'adventice pour faire une sympathecto-

mie: Nous avons insisté sur le danger et les inconvénients de cette méthode et nous n'y reviendrons plus.

La libération rétrograde sans décortication sérieuse peut être plus laborieuse à cause des adhérences solides, mais elle reste plus sûre. Que si, malgré les précautions prises, une déchirure quelconque se produit, on la répare sans délai.

II. La voie postérieure. — Cette voie comprend la voie sus-iliaque et lombaire ; elle sera utilisée en particulier :

1) Pour les abcès, lorsqu'ils sont manifestement à symptomatologie lombaire. Dans ce cas bien souvent on pense à une collection périnéphrétique d'origine indéterminée qu'on ouvre et qu'on draine par sa voie habituelle.

2) Pour le cas où le diagnostic d'abcès rétro-cæcal d'origine appendiculaire est certain.

Le principe de l'opération rapide dans ces cas est aujourd'hui admis par la majorité des chirurgiens, mais il y a encore bien des discussions sur la meilleure façon d'aborder l'appendicite rétro-cæcale avec ou sans abcès.

Les voies d'accès. — Souvent le siège de la collection guidera les chirurgiens pour choisir la voie d'accès; cependant différentes voies ont été proposées par les auteurs jusqu'à l'heure actuelle.

Incision de GRINDA (Congrès de Moscou 1897). C'est une incision parallèle au bord externe de la masse sacro-lombaire. Après avoir tranché les muscles, on sectionne le péritoine pariétal postérieur et on tombe directement sur l'abcès rétro-cæcal.

Incision de POIRIER. — C'est une incision iliaque antérieure analogue à celle de Roux. On sectionne la peau et la couche musculaire, puis on décolle le péritoine du plancher iliaque afin d'aborder le foyer par sa face profonde.

SCHLEDON fait une incision lombaire à peu près analogue à celle de GRINDA, mais un peu moins postérieure.

En réalité, ces trois procédés ne sont qu'une sorte de graduation de l'incision iliaque de Roux à l'incision lombaire en remontant de plus en plus haut et de plus en plus en arrière.

MADRANGER dans un de ses cas rapporte l'ouverture d'une grosse collection rétro-cæcale par incision lombaire (*Soc. de Chir. de Marseille*, 1923); MERIEL (*Toulouse Méd.*, 1912), prétend que l'incision de Loirier et Grinda lui a donné toujours satisfaction.

Nous pensons qu'au choix d'une incision, le procédé de Grinda est le plus commode parmi les voies d'accès postérieures.

Par cette incision lombaire, on peut découvrir également les collections purulentes qui se sont formées secondairement en agrandissant l'incision primitive.

LECÈNE (*J. de Chir.*, 1922), DEMBRIN (Thèse de Subreville, 1926, Toulouse), conseillent l'incision sus-iliaque postérieure qui rappelle un peu les incisions précédentes.

Elle consiste à faire une incision cutanée longue de 6 à 8 centimètres et faite à 2 centimètres environ au-dessus de la crête iliaque et l'épine iliaque antéro-supérieure droite. Le malade est incliné fortement à gauche, de façon à mettre bien en évidence la région où l'on opère. L'incision coupe les fibres musculo-aponévrotiques du grand oblique parallèlement à leur direction, puis on dissocie le muscle petit oblique et le transverse et l'on lie l'artère circonflexe iliaque et ses veines satellites, qui apparaissent alors dans la partie inférieure de la plaie. En écartant largement les lèvres de la plaie musculo-cutanée, on aperçoit le cul-de-sac péritonéal externe, bombant, formé par le fascia transversalis et le péritoine pariétal. On libère dans une certaine

étendue ce cul-de-sac péritonéal, puis on l'incise et le pus s'écoule en plus ou moins grande abondance. On draine ensuite par un gros drain et une mèche placée en arrière du cæcum. La position couchée du malade permet d'évacuer la majeure partie des liquides septiques par le drain. LECEN, d'après la pratique personnelle, prétend qu'on ne gagne rien si on suture la plaie surtout en plusieurs plans, car la suppuration est presque fatale et la suture n'abrège pas la durée de la guérison. Il conseille de rétrécir la plaie par ses angles avec deux crins qui prennent la totalité des plans pariétaux.

Quant à l'appendice, il faut l'enlever de toute nécessité, et le chercher même si on ne le trouve pas. Mais en cas d'un abcès, on le « cueillera » si on le rencontre sans aller délacérer les adhérences qui pourraient provoquer des conséquences graves. Les auteurs allemands recommandent la recherche systématique de l'appendice.

D'après GOSSET (*Soc. de Chir. de Paris*, 1930), il arrive une fois sur cinq qu'on ne peut pas enlever l'appendice.

Bien entendu l'appendice sera enlevé entièrement en deuxième temps, après un très long refroidissement (3 mois après l'ouverture de l'abcès), car il reste douloureux et dangereux. LECENE, pour certaines de ces appendicectomies secondaires, est intervenu par l'incision postérieure. Mais on pourrait aussi intervenir par la voie antérieure, « incision de Jalaguier ». Habituellement cela se fait dans le service de notre maître, M. le professeur MASSABEAU. L'éventration post-opératoire, si elle existe, peut être traitée dans ce deuxième temps. LECENE prétend que l'incision sus-iliaque basse, presque au contact de l'os et courte, n'exposera pas du tout à l'éventration, surtout lorsqu'on a soin de dissocier les muscles au lieu de les couper.

C. *Le drainage après l'appendicectomie.* -- La question de la nécessité du drainage, si souvent discutée, dépend seulement du bon sens de l'opérateur. En général, il n'est indiqué que dans les formes suppurées, avec ou sans sphacèle, avec ou sans perforation.

Si le pus est bien collecté, un drain suffit à l'endroit même de l'incision. Si la suppuration est abondante et diffuse, le drainage local sera combiné à un drainage sus-pubien pour éviter l'abcès pelvien secondaire. Le drainage sus-pubien peut être placé par une incision courte et on pratique une aspiration dans les deux jours qui suivent l'intervention. Fermeture du trajet par le fil d'attente. Certain auteur se contente d'une aspiration sus-pubienne immédiate ((RASTOUIL, 1933). Dans l'appendicite gangreneuse, il faut faire le drainage avec une mèche combinée à un tube de caoutchouc associé à la sérothérapie (antigangréneuse et anti-coli) in situ et sous-cutanée. Les résultats de la sérothérapie dans le cas particuliers ne sont pas encore bien fixés d'une façon définitive. Dans les quelques cas pratiqués dans le service de notre maître, M. le professeur MASABUAU, ils paraissent donner un résultat satisfaisant.

CHAPITRE X

OBSERVATION II (inédite)

Service de M. le Professeur MASSABEAU
Appendicite rétro-cæcale aiguë à symptomatologie
antérieure et iliaque

Homme de 30 ans, entre dans le service le 3 avril 1934 avec le diagnostic d'appendicite aiguë.

Histoire de la maladie. — Le 2 mai, le soir, sans cause bien précise, a eu de violentes douleurs abdominales plus marquées dans la fosse iliaque droite avec des vomissements alimentaires (deux vomissements durant la nuit). Son médecin porte le diagnostic d'appendicite et le fait entrer d'urgence dans le service pour une appendicectomie. Le malade avait eu trois crises appendiculaires avec de la fièvre, des douleurs moins violentes dans la fosse iliaque droite, constipation mais toujours sans vomissement.

Examen. — Dès son entrée, (18^e heure après le début) nous constatons : le malade n'a pas envie de vomir, un bon état général, la température 37° 8, le pouls, 88, la respiration abdominale conservée.

La palpation révèle des douleurs diffuses dans la fosse iliaque droite, mais particulièrement vives au point de Mac Burney. Abdomen souple, se laissant bien palper, mais il

il y a une légère résistance dans la fosse iliaque droite, qui n'est pas permanente. On constate une hyperesthésie cutanée assez marquée de cette région. Pas d'autres points douloureux abdominaux. L'élévation de la cuisse droite combinée à la palpation légère de la région cæcale, est douloureuse.

Opération. — *Diagnostic pré-opératoire:* appendicite aiguë à la 18^e heure. Sous anesthésie générale à l'éther-acide carbonique par inhalation (Ombredanne). Incision de Jalauguiet.

Exploration. — A l'ouverture du péritoine, on constate: l'appendice rétro-cæcal libre, mais turgescent, surtout dans ses deux tiers distaux, léger étranglement près de sa racine. Voile d'adhérences récentes près de la racine. Pas de réaction péritonéale.

Conduite opératoire. — Extériorisation du cæcum et l'appendice facilement réalisé, on libère l'appendice de son méso, après avoir pincé et sectionné ce dernier. Ligature de l'appendice au catgut 3, section au thermo; carbonisation du moignon; pas d'enfouissement.

Hémostase au catgut 3, sur les quatre pinces, prises deux à deux.

Fermeture de la plaie opératoire en trois plans: le péritoine, l'aponévrose, la peau, sans drainage.

Suites opératoires. — Ablation des agrafes huit jours après l'intervention; état de la suture excellent.

Examen anatomo-pathologique. — a) *Macroscopique:* La présence du pus au niveau de la pointe. Muqueuse ecchymotique dans toute son étendue. Le segment distal, qui contient du pus, est séparé par une sténose du reste de la cavité. b) *Microscopiquement:* Il s'agit d'une appendicite ulcéro-phlegmoneuse avec péritonite suppurée.

En résumé. — Il s'agit d'une appendicite rétro-cæcale

avec des lésions assez marquées sans aucun signe pour faire penser à une localisation anormale de l'appendice.

OBSERVATION (Inédite) III

Service de M. le Professeur MASSABUAU

*Appendicite rétro-cæcale aiguë à symptomatologie
prédominance lombaire*

Femme de 21 ans, entre dans le service le 17 décembre 1933 avec le diagnostic d'appendicite aiguë.

Histoire de la maladie. — Le vendredi 14 décembre 1933, après le déjeuner, elle a eu des douleurs sourdes, persistantes, dans la région lombaire droite, accompagnées d'un malaise, qui durent tout l'après-midi. Elle a été à la selle le vendredi matin.; depuis pas de selles, pas de gaz, pas de vomissements. L'urine, normale, mais abondante. La douleur se calme pendant la nuit. Le 15 décembre, la malade se sent fatiguée, mais elle mène sa vie normale. A 19 heures, reprise de la douleur, plus violente, qui l'a obligée à se coucher, mais elle a passé une nuit à peu près calme ; l'état stationnaire fait décider à l'entourage de l'hospitaliser. Aucune crise lithiasique ou appendiculaire; les règles sont normales et indolores. Elle a eu sept enfants qui se portent bien.

Examen. — Dès son entrée, le matin, à l'inspection, rien d'anormal; par palpation on révèle une douleur vive dans la région lombaire droite avec vive résistance musculaire. Résistance et défense musculaire de tout l'hémi-abdomen droit, avec douleur assez intense au Mac Burney, remontant vers l'hypochondre. La température est à 37°, le pouls à 80. On pense à une colique appendiculaire à forme postérieure.

A 14 heures: Mêmes signes, avec exagération de la douleur à la pression, accompagnée de défenses musculaires permanentes de la paroi postérieure lombaire et à la fosse iliaque.

A 17 heures: Les signes persistent mais paraissent s'être élevés vers l'hypochondre; on décide d'intervenir.

Opération. — Sous anesthésie générale par l'inhalation à l'éther-acide carbonique (Ombredanne).

Incision Jalaguier montre des tissus cellulaires très congestionnés.

Exploration. — A l'ouverture du péritoine, on constate que le cæcum est congestionné et est en récurvation; son fond remonte en crochet jusqu'au foie. L'appendice, en tire-bouchon sans congestion sous-séreusse, avec une coloration violacée diffuse et léger épaissement en masse.

Conduite opératoire. — Ligature du méso au catgut 2 et section; ligature de l'appendice au catgut 3 et section au thermo et carbonisation du moignon sans enfouissement comme dans toutes nos appendicectomies. Hémostase de quelques pinces cutanées. Fermeture de la plaie opératoire en 3 plans, le péritoine, l'aponévrose, la peau. *Diagnostic post-opératoire:* Il s'agissait d'une colique appendiculaire sur un appendice rétro-cæcal.

Suites opératoires. — Excellentes. Le 25 décembre, ablation des agrafes; la cicatrisation était parfaite le 4 janvier 1934 et la malade sort guérie.

Examen anatomo-pathologique. — a) *Macroscopique:* L'appendice hélicoïdal, plein de matières, épaissi en masse, légèrement violacé. b) *Microscopique:* Il s'agissait d'une appendicite folliculaire aiguë avec lymphangite transpariétale.

OBSERVATION (inédite) IV

Service de M. le Professeur MASSABUAU

*Appendicite rétro-cæcale aiguë à symptomatologie
abdomino-lombaire à forme urinaire*

Femme de 31 ans, entre dans le service le 11 janvier 1934 avec le diagnostic d'appendicite aiguë coexistant avec des des coliques néphrétiques.

Histoire de la maladie. Le 13 décembre 1933, alors que le sujet ne se plaignait de rien, surviennent brusquement des douleurs vives dans la fosse iliaque droite, accompagnées de nausées et de vomissements, avec arrêt des matières et des gaz. Il existait aussi une douleur postérieure assez intense s'irradiant vers les grandes lèvres avec trouble urinaire et présence de colibacilles dans l'urine. Le médecin de la malade pense à la coexistence de crise appendiculaire et de coliques néphrétiques. Le lendemain, la douleur a diminué. On décide de laisser refroidir. Mais la malade ne se rétablit pas entièrement; elle reste fatiguée, souffre de nausées et de constipation ainsi que d'une douleur par intervalles dans la fosse iliaque. Il y a un jour, reprise de la douleur lombaire vive, avec arrêt complet des matières, de nausées et de vomissements, mais elle fait des gaz; persistance du même état le lendemain qui l'oblige à se faire hospitaliser. Comme antécédent, a subi un curettage pour un avortement de 1 mois et demi.

Examen. — Dès son entrée dans le service (à la 18^e heure) on constate : la température à 38°5, le pouls à 108, régu-

lier, mais petit. Elle accuse spontanément une douleur au Mac Burney, mais surtout au point de Lanz. *A la palpation*, on révèle un ventre souple, sans défense, musculaire, pas d'hyperesthésie, quelques gargouillements. Signe de psoas est positif. Pas de douleurs aux points urétéraux. *Touché vaginal combiné*: on sent une masse dure, irrégulière, du volume d'une prune contre l'utrus, douloureuse à la pression. Aspect floride et bien portant.

Le diagnostic d'appendicite aiguë rétro-cæcale pré-opératoire posé, on décide l'intervention.

Opération. — Sous anesthésie générale à l'éther par inhalation (Ombredanne), le 11 janvier 1934, à 19 heures.

Exploration. — Après l'incision Jalaguier et l'ouverture du péritoine, on constate l'appendice très postérieur fixé par sa pointe à la région des vaisseaux iliaques. Difficulté de l'extériorisation du cæcum et de l'appendice dont le méso est très court.

Conduite opératoire. — Appendicéctomie rétrograde dans le ventre. Section au thermo, carbonisation du moignon; lié (au catgut 3) quatre pinces sur le méso. La pointe de l'appendice est libéré au bout du doigt.

Incidents. — Légère hémorragie par suintement venant de la profondeur arrêtée spontanément. Hémostase sur les pinces du méso.

Drainage. — Par un drain en caoutchouc N° 20 au contact du méso, recouvert par l'épiploon, sortant par l'angle inférieur.

Fermeture en 3 plans: le péritoine, l'aponévrose, la peau.

Suites opératoires. — Ablation du drain le surlendemain, quelques poussées fébriles et suintement de sérosité pendant deux jours. Ablation des agrafes au bout de 8 jours.

La malade sort complètement guérie le premier février 1934.

Examen anatomo-pathologique. — a) *Macroscopique*: L'appendice grêle, congestionné à sa pointe, perméable. b) *Microscopique*. — Appendicite ulcéreuse avec des phases hémorragiques au niveau de la muqueuse au cours d'un processus de sclérose pariétale déjà avancé.

OBSERVATION (inédite) V

Service de M. le Professeur MASSABEAU

L'abcès enkysté à expression abdominale avec une appendicite sous-hépatique

Jeune fille de 22 ans, entre dans le service le 10 octobre 1934 avec le diagnostic d'appendicite aiguë.

Histoire de la maladie. — Depuis la nuit du 7 au 8 octobre 1934, elle a eu des douleurs assez aiguës dans tout le ventre, qui, dans la suite, se sont localisées au côté droit avec acuité beaucoup plus grande. Dans la journée du 8, a continué à travailler malgré la douleur. Elle a eu une selle, pas de vomissements. Le 9 octobre, la douleur devient plus aiguë qui l'oblige à se faire hospitaliser. Pas de vomissements, plus de selles depuis le 9 octobre; elle n'a pas pris sa température. Pas de crises antérieures.

Eramen. — Dès son entrée (le 10 octobre), nous constatons : la température à 38°9, le pouls à 104; le ventre est douloureux, surtout à droite, en haut et en dehors, vers la région lombaire, faisant penser à une appendicite rétro ou

latéro-cæcale externe. La paroi est contracturée à droite et l'on a bien l'impression d'un gâteau péritonéal. Grâce à la glace et au régime, on constate une amélioration progressive: le plastron peu à peu diminue et même disparaît; apyrexie; appétit considérable.

Opération. — Le 31 octobre, par M. le professeur MAS-SABUAU, sous anesthésie générale à l'éther-acide carbonique par inhalation (Ombredonne). Incision Jalaguier prolongée vers le haut.

Exploration. — Le cæcum est présenté au niveau de l'incision normale de Jalaguier, mais l'appendice invisible semble situé derrière le cæcum et faisant un bloc avec un plastron mal résorbé. Après agrandissement de l'incision vers le haut, l'appendice est trouvé en position rétro-cæcale dans la région sous-hépatique. Il est adhérent par sa pointe à l'abcès résiduel où d'ailleurs le pus n'apparaît pas. Son méso aussi a contracté des adhérences.

Conduite opératoire. — Recherche de l'appendice; libération des adhérences — dissection et libération de l'appendice par des pinces étagées. Ligature de l'appendice à sa base, section au thermo. Ligatures des artères du méso-appendice. Drainage par un drain latéro-cæcal. Fermeture de la plaie opératoire en trois plans: le péritoine, l'aponévrose du grand droit, la peau.

Diagnostic post-opératoire. — Appendicite aiguë non complètement refroidie; adhérences autour de l'appendice en position rétro-cæcale et sous-hépatique.

Suites opératoires. — La température s'est élevée durant les deux premiers jours (en raison du refroidissement incomplet), on fait de la septicémine, et l'application de la glace qui font céder ces épisodes réactionnels. Le drain a été enlevé le deuxième jour après l'intervention; la plaie

est satisfaisante. Le 8 novembre, ablation des agrafes et la malade sort guérie le 13 novembre 1934.

Examens de laboratoires. — a) Radiologique: L'irrégularité du cæco-ascendant, sa mobilité réduite; la dilatation de la dernière anse grêle pourrait être en faveur d'une appendicite chronique. L'appendice est invisible. b) *chimique*: analyse complète de l'urine ne montre rien d'anormal. c) *anatomo-pathologique*: Appendicite subaiguë, surtout folliculaire. Certains follicules clos, hypertrophiés paraissent infiltrer toute l'épaisseur de la paroi.

OBSERVATION (inédite) VI

Service de M. le Professeur MASSABEAU
L'abcès à l'expression clinique abdomino-lombaire

Femme de 26 ans, entre dans le service le 8 décembre 1931, avec le diagnostic d'appendicite-annexite.

Histoire de la maladie. — Le 2 décembre, elle a eu de violentes douleurs lombaires avec irradiation supérieure qui lui a empêché de dormir. Le lendemain, la douleur lombaire semble apaisée, tandis qu'apparaissent des douleurs assez intenses dans la fosse iliaque droite, avec des vomissements glaireux à deux reprises. Pas de fièvre, pas de constipation; elle a fait quelques gaz. Les jours suivants, les douleurs lombaires et abdominales persistent, mais elle fait de la température, 38°9. Elle se maintient entre 37° et 37°6 le lundi et le mardi et entre ce temps, elle rentre à l'hôpital pour se faire opérer.

Comme antécédents: Salpingite et entéro-colite muco-

membraneuse en 1926. réglée à l'âge de 13 ans; toujours normale.

Examen. — Dès son entrée, les douleurs lombaires et abdominales localisées du côté droit s'atténuent, mais elle continue à faire un peu de température, 37°8, sans vomissements. Pas de nausées. A la palpation, on sent un placard dans la région de l'épine iliaque antérieure et supérieure et au-dessus de la crête iliaque, empiétant légèrement vers la région lombaire, qui est douloureuse. Douleur assez nette au Mac Burney. Toucher vaginal négatif. Les urines sont troubles, pas d'hématurie. La malade a été mise en observation.

Le 12 janvier 1932: La palpation de la fosse iliaque droite montre un petit placard indolore, mais le ventre est parfaitement souple. Les points de Mac Burney et de Lanz ne sont pas douloureux. Le toucher vaginal est négatif.

Opération. — Le 15 janvier 1932, le diagnostic d'appendicite aiguë R.C. refroidi pré-opératoire posé, on décide l'intervention.

Opéré par M. le Professeur MASSABEAU sous anesthésie générale à l'éther, par l'inhalation à la compresse. Incision de JALAGUIER.

Conduite opératoire et exploration. — A l'ouverture du péritoine, on constate que l'appendice est rétro-cæcal, engainé par des adhérences. On sculpte l'appendice dans cette gaine qui saigne en nappe: dissection rétrograde et, au cours, on ouvre un petit abcès situé dans les adhérences, qui contenait à peu près 3 cc. de pus. Drainage par un drain n° 27 en caoutchouc. Fermeture de la plaie opératoire en 3 plans: le péritoine, l'anonévrose, la peau.

Diagnostic opératoire. — Appendicite rétro-cæcale perforée avec l'abcès.

Suites opératoires. — Le 20 janvier, on enlève le drain, pas de suppuration. Le 24 janvier, ablation des agrafes et le malade sort guéri le 1^{er} février 1932.

Examen anatomo-pathologique. — La muqueuse appendiculaire est très congestionnée et éversée au niveau de la perforation. Les couches conjonctivo-musculaires et la muqueuse sont infiltrées de lymphocytes.

En un point où l'appendice présentait macroscopiquement un rétrécissement, l'examen microscopique révèle une lumière complètement oblitérée par un tissu cicatriciel. Les follicules clos sont très congestionnés. Donc, il s'agit d'un processus cicatriciel avec des lésions récentes de lymphangites transpariétales.

OBSERVATION (*inédite*) XVII

Service de M. le Professeur MASSABUAU

Péritonite généralisée en un temps à forme pseudo-occlusive

Homme de 57 ans, entre dans le service le 29 août 1932, pour douleur abdominale aiguë.

Histoire de la maladie. — Le 27 août, l'après-midi, il a eu des douleurs vives abdominales, avec des diarrhées et des vomissements, faisant penser à une indigestion. Le lendemain, même état, avec des douleurs vives qui nécessitent une injection de morphine. Le lundi matin, le médecin, jugeant l'état sérieux et pensant à une perforation possible, ordonne l'hospitalisation. Depuis lundi matin, pas de selles et pas de gaz.

Examen. — Dès son entrée (à 4 heures après midi), nous constatons: l'abdomen ballonné, surtout dans la région épigastrique, la température est à 38°6, le pouls est à 120. La palpation montre une résistance généralisée sans localisation prédominante. La palpation répétée paraît révéler une légère exagération de la sensibilité dans la fosse iliaque droite. A la percussion, on délimite assez bien un gros estomac distendu (dont la sonorité ni l'étendue ne sont pas modifiés par un lavage). Vomissements fécaloïdes. Le toucher rectal montre que le cul-de-sac de Douglas est douloureux à droite.

Diagnostic pré-opératoire. — Occlusion intestinale? Péritonite généralisée?

Opération. — Opéré le 29 août, à 20 heures, sous anesthésie générale à l'éther par l'inhalation à la compresse. Incision Mac Burney agrandie vers le haut en sectionnant les muscles.

Exploration. — A l'ouverture du péritoine, on se trouve en présence d'un appendice rétro-cæcal, adhérent et noyé dans le pus et les adhérences inflammatoires récentes.

Conduite opératoire. — Après la dissection d'un fragment de 5 cm., turgescents, violacés qui va se perdre sous la paroi cæcale, on se trouve en présence d'une coudure au niveau de laquelle il y a une perforation. Cette coudure fait suite à un cordon appendiculaire de 4 cm., qui est sain en apparence jusqu'à son insertion cæcale.

Drainage. — 1°) Un mèche et un drain au niveau de l'incision à la face postérieure du cæcum; 2°) Un gros drain dans le cul-de-sac de Douglas par une incision sus-pubienne qui fait sortir un flot de pus.

Diagnostic opératoire. — Appendicite aiguë perforée, abcès péri-appendiculaire avec généralisation rapide au péritoine.

Le malade succombe le lendemain.

Examen anatomo-pathologique. — Il s'agit d'une appendicite folliculalire suraiguë avec des lésions ulcérieuses et menace de perforation.

Deux observations identiques ont été rapportées par le Dr. J.-Ch. BLOCH dans *l'Avenir Médical*, 1930.

OBSERVATION VIII

BEZANÇON (Thèse de Toulouse 1934)

Péritonite en deux temps dans l'appendicite rétro-cæcalel aiguë

Femme de 38 ans rentrée à l'hôpital le 29 octobre 1929, pour une crise abdominale.

Histoire de la maladie. — Le 26 octobre, elle a eu une douleur assez diffuse, mais au maximum dans la fosse iliaque droite. Un vomissement alimentaire suivi de régurgitations porracées Fièvre à 39°. La malade est mise au lit et à la glace. *Le 28 octobre:* Amélioration tellement manifeste que la glace est supprimée et une alimentation légère est autorisée. *Le 29 octobre:* Au matin, recrudescence; reprise de la douleur, des vomissements, la fièvre qui était presque tombée, remonte, le pouls est à 130, mal frappé.

Examen. — Le 29 octobre 1929, facies intoxiqué, subictère. Pouls à 130, extrasystol. Etat saburral très accentué. Vomissements porracés, presque incessants. Douleur iliaque droite presque continue, soulagée par la flexion de la cuisse droite. Gaz rendus péniblement depuis la veille. A

la palpation, on constate: contraction très accusée, diffuse surtout marqué dans la fosse iliaque droite. Douleur au point de Mac-Burney encore plus nette du côté gauche, hyperesthésie très marquée. *La percussion* révèle une matité abdominale diffuse, surtout marqué à droite. Epine iliaque droite mate. *Toucher rectal*: empâtement profond sur la paroi antérieure du rectum. Toucher vaginal donne une sensation de blindage des culs-de-sac sans masse réelle. L'opération est décidée de suite.

Opération. — Incision de Mac Burney agrandie. Des anses intestinales faisant issue dans la plaie sont refoulées et maintenues par des compresses. Le cæcum profond et adhérent à la paroi abdominale postérieure. A la face postérieure du cæcum on constate l'appendice très gros, turgescent et perforé à sa partie moyenne. Dès l'extériorisation du cæcum, il s'écoule du pus fétide et abondant. Appendicectomie banale. Drain rétro-cæcal, drain dans le douglas dont l'introduction amène une quantité de pus abondante.

Suites opératoires. — Intoxication d'allure septicémique traitée par le sérum anti-gangréneux et anti-coli-streptococcique. La malade ne quitte l'hôpital qu'un mois après, mais parfaitement guérie.

Il s'agit donc d'une péritonite en deux temps avec le début aigu suivi par une accalmie trompeuse.

OBSERVATION IX

BEZANÇON (Toulouse, 1934)

L'abcès à expression clinique lombaire

Il s'agit d'un malade qui souffre depuis quelques jours de la fosse lombaire droite dont la cause reste inconnue. En même temps, l'état général s'altère et s'accompagne d'une température oscillante. Tous les examens urinaires sont négatifs, et les radiographies ne montrent rien. Son état s'aggrave progressivement et le malade décline à vue d'œil.

A l'inspection, on constate une voussure dans la région costo-iliaque droite au niveau de laquelle la peau est légèrement rouge. La palpation révèle la sensation d'un empâtement profond très douloureux.

La radiographie montre alors une opacité refoulant en haut, la coupole diaphragmatique droite.

L'opération est décidée. L'incision lombaire amène très profondément une collection suppurée gangréneuse avec élimination de lambeaux musculaires et d'un fragment d'appendice sphacélé. Large méchage. Guérison assez lente.

Nous avons cité deux autres cas identiques au cours du diagnostic différentiel entre un phlegmon périnéphrétique et l'abcès rétro-cæcal (p. 119).

Voici deux cas (Obs. X et XI) d'appendicite rétro-cæcale aiguë simple à symptomatologie abdomino-lombaire simulant un phlegmon périnéphrétique :

OBSERVATION X

(RASTOUIL, 1933, Etude clinique de l'appendicite

« Il y a quelques mois, dit l'auteur, que nous avons examiné un malade qui avait reçu le diagnostic de phlegmon périnéphrétique ».

Examen. - La température était très élevée et se maintenait entre 39° et 40°. Le pouls était entre 130-140. La palpation de l'abdomen indiquait une légère douleur au Mac Burney et on ne constatait pas de contracture dans la fosse iliaque droite. Cette faible douleur et cette absence de contracture ne cadraient pas avec la température élevée (ce qui est la caractéristique de l'appendicite rétro-cæcale comme nous l'avons dit), le pouls rapide et la douleur spontanée ressentie vivement par le malade, d'ailleurs plus en arrière. Aussi bien, la palpation fut poursuivie, suivant les conseils de LECÈNE, le long et au-dessus de la crête iliaque, vers la fosse lombaire. Or, à ce niveau, au-dessus de la crête iliaque, en arrière et avant d'atteindre le bord externe du carré des lombes, on rencontrait une douleur vive, une contracture accusée. La région rénale droite n'était ni douloureuse, ni tuméfiée. Les urines n'étaient pas troubles, ni purulentes, et le malade ne présentait pas d'antécédents urinaires. Le toucher rectal ne révélait rien d'anormal. Ainsi, le diagnostic d'appendicite rétro-cæcale fut porté. Dans un premier temps, une incision au-dessus de la crête iliaque, en arrière, permit d'évacuer une quantité appréciable d'un pus malodorant et rétro-cæcal. Trois mois après

dans une seconde intervention, l'appendice fut enlevé, il était tuméfié, rétro-cæcal et se terminait dans le foyer primitivement incisé.

OBSERVATION XI

(Par MARTIN, *Toulouse Médical*, 1^{er} mai 1932)

Il s'agissait d'un enfant de 10 ans auprès duquel il fut appelé pour décider de l'intervention, au cours d'une crise d'appendicite qui avait débuté 48 heures auparavant. Il fut d'abord frappé par le fait que le petit malade était couché en chien de fusil sur le côté gauche, comme s'il avait un abcès périnéphrétique ou un psoïtis. Mais on ne sentait rien d'anormal dans la fosse lombaire, et l'on trouvait par contre des signes nets, quoique peu intenses, d'appendicite rétro-cæcale. L'intervention montra que le péritoine et le cæcum étaient libres, mais permit de trouver, après effondrement du péritoine cæco-pariétal, un abcès rétrocæcal au milieu duquel était l'appendice. Le malade guérit sans complications.

OBSERVATION XII

(*Philadelphia Medical*, 28 sept. 1891)

Appendicite rétro-cæcale simulant une affection hépatique

Il s'agit d'une femme de 30 ans prise brusquement d'une violente douleur au-dessous du rebord costal droit.

Cinq jours après, les douleurs deviennent extrêmement vives et la malade tombe dans un tel collapsus, qu'on pensait qu'elle allait mourir. La température est au-dessous de 36°. La cuisse droite était fléchie, le côté droit de l'abdomen était très sensible, la douleur avait son point maximum au-dessous du bord inférieur du foie, diminuant progressivement vers la fosse iliaque. On hésite entre une appendicite et une affection du foie ou de la vésicule biliaire.

Laparatomie exploratrice. — Vésicule biliaire normale, de même que le foie. Région iliaque droite et cæcum ne présentant aucune lésion, grande accumulation de sérosité dans le flanc droit. La malade meurt 4 jours après l'opération.

L'autopsie. — Montre que l'appendice remontant directement en arrière du cæcum et du colon, est appliqué contre les parois du gros intestin. Son extrémité était perforée et communiquait avec un petit abcès, contenant à peine une cuillerée de pus mélangé avec des matières fécales.

CONCLUSIONS

1° La situation postérieure ou rétro-cæcale de l'appendice plus ou moins haut derrière le colon ou le cæcum, est fréquente (30 p. 100), et se voit particulièrement entre 10 et 30 ans qui diminue progressivement pour devenir rare chez les vieillards.

2° Dans cette position, l'appendice se trouve au-devant du péritoine pariétal et il n'est jamais extra-péritonéal, quoique cette séreuse n'affecte pas toujours à cet endroit, la même disposition.

3° Les lésions qui l'accompagnent sont des lésions intra-péritonéales, localisées d'abord au péritoine. Ce n'est qu'ultérieurement qu'elles gagnent le tissu cellulaire sous-péritonéal et le tissu musculaire sous-jacent, pour donner naissance à des manifestations sous-péritonéales telles que : le psoriasis, l'abcès iliaque et lombaire, le phlegmon périnéphrétique.

4° La situation anatomique de l'appendice rétro-cæcal explique la possibilité de la manifestation clinique sous une forme toute spéciale. Elle se reconnaît par sa symptomatologie abdominale vague et lombaire :

a) La douleur spontanée ou provoquée, qui peut être franchement lombaire, mais qui est associée presque toujours à un point douloureux assez net dans la région du Mac-Burney.

b) L'absence ou atténuation de réaction péritonéale avec la sonorité intestinale antérieure.

c) L'empatement profond plus ou moins postérieur et sus-iliaque avec la matité.

d) La flexion de la cuisse sur le bassin ou la contraction douloureuse du psoas.

5° On a trop tendance à en faire une appendicite à symptomatologie purement lombaire étant donné, parmi nos observations, nous avons toujours constaté une expression clinique antérieure plus ou moins variable.

Il faut savoir, que quand la fosse iliaque reste muette ou discrète, de chercher les signes en arrière, s'ils n'existent pas spontanément.

6° L'appendicite rétro-cæcale a bien souvent une *manifestation abdominale* basse, analogue à l'appendicite antérieure (75 p. 100), ou haute, analogue à l'affection hépatique (appendicite sous-hépatique).

7° Les *formes urinaires* sont relativement fréquentes, tant par action réflexe ou par contact direct de l'appendice avec le tractus urinaires. Elles se présentent sous de multiples aspects, et il faut savoir les dépister derrière une hématurie, une pyélonéphrite, une colibacilurie ou même de simples douleurs lombaires prédominantes.

8° L'appendicite rétro-cæcale évoluant vers l'abcès enkysté, peut se présenter, comme dans la forme simple à

expression clinique abdominale, abdomino-lombaire, ou lombaire.

9° Les péritonites d'origine rétro-cæcale sont moins fréquentes dans cette forme d'appendicite, et se présentent :

- a) En un temps, analogue à toutes les péritonites aiguës.
- b) En deux temps, interrompus par une accalmie trompeuse, qui révèle ordinairement une rupture de l'appendice ou d'abcès enkysté, éventualité rare mais d'une gravité extrême.

10° Parmi les variétés les plus graves de l'appendicite, celle qui se place au premier rang est l'appendicite lombaire. Elle est grave parce que loin du péritoine pariétal antérieur, elle peut donner une symptomatologie estompée, vague, dissimulatrice, et, en raison de leur peu d'objectivité et d'intensité, passer longtemps inaperçue ou attirer au minimum, l'attention malgré son évolution grave.

11° Il importe de rechercher ses symptômes avec soin dans les formes aiguës ou subaiguës, pour éviter des complications péritonéales, purulentes ou toxi-infectieuses graves.

12° L'appendicite rétro-cæcal prédispose à la gangrène ou à la perforation de l'appendice.

13° Si l'appendicite postérieure expose moins que les autres variétés aux péritonites suraiguës spontanées au début, elle expose davantage aux complications graves résultant des fusées purulentes rétro-cæcales intra ou extra-péritonéales. La migration peut être descendante (vers le pelvis), ou ascendante (vers la région hépato-rénale) ou latérale),

14° Les complications du côté du psoas, de la région lombaire, du foie, du diaphragme et de la plèvre sont plus fréquentes dans cette variété que dans l'appendicite antérieure. Ce fait nous a été montré par l'étude des différentes complications d'ordre: vasculaires, suppuratifs, toxi-infectieux, mécaniques.

15° Le diagnostic de l'appendicite rétro-cæcale est variable suivant que la symptomatologie est à prédominance abdominale ou lombaire, sans ou avec des signes urinaires.

Dans le premier cas, on pense assez facilement à l'appendicite.

Dans le deuxième cas, on pense, selon l'étage, à une affection colique, réno-urétérale. (En particulier à une colique néphrétique ou à un phlegmon périnéphrétique) ou hépato-vésiculaire ou pelvienne.

Mais le diagnostic repose essentiellement :

a) Un examen de spécialité urinaire ne montrant aucune lésion de l'appareil urinaire pouvant expliquer les troubles observés.

b) L'existence d'un point douloureux assez net dans la région de Mac-Burney.

c) La flexion de la cuisse sur le bassin, et la contraction douloureuse du psoas, associée avec d'autres signes de l'appendicite postérieure décrits dans 3, seront les éléments du diagnostic positif.

16° L'essentiel, dans les crises aiguës, est de ne pas penser à des affections médicales, et rejeter d'opération, mais à un ventre aiguë et intervenir peu importe, alors, de se tromper sur l'étiologie.

17° Le traitement sera opératoire, mais il sera rarement précoce, car son diagnostic se fait rarement d'une façon précoce.

18° Le traitement opératoire doit être plus systématique que dans l'appendicite antérieure, du fait de son hypocrisie et sa virulence. Il faut opérer avant 48 heures, quelle que soit la gravité. Au-delà du troisième ou quatrième jour, on doit opérer sauf en cas d'un plastron et une défense réactionnelle locale. Dans ce cas, il faut attendre jusqu'à la résolution spontanée du plastron ou son ramollissement, pour pouvoir intervenir ensuite.

19° L'incision de Jalaguier est la reine des incisions en cas d'appendicite rétro-cæcale méconnue ou diagnostiquée sans abcès. On a toujours intérêt à agrandir pour voir au maximum sans l'arracher au bout des doigts, à l'aveuglette.

20° L'intervention dans les cas aigus avec l'abcès, consiste à ouvrir l'abcès par la voie qu'il nous présente par sa présence. La voie, dans ce cas, est souvent lombaire, sus-iliaque et rétro-péritonéale.

21° Le point le plus important consiste à ne pas aller à la recherche de l'appendice et le cueillir, s'il se présente à nous, mais drainer largement. L'injection in situ et sous-cutanée du sérum antigangréneux polyvalent et anticoli est nécessaire dans l'appendicite gangréneuse.

22° Dans les opérations à froid, toujours laborieuses, nous préférons une appendicectomie rétrograde sans enfouissement à l'appendicectomie sous-séreuse avec l'enfouissement qui est souvent un temps assez long. La position de Tendclenhargue peut rendre service dans cette circonstance.

23° Le traitement des complications trop lointaines de notre question, ne nous arrêtera pas.

BIBLIOGRAPHIE

- ALAMARTINE. — Appendicectomie secondaire après ouverture d'un phlegmon appendiculaire (*Lyon Chirurgical*, 1921.)
- ANDREOLETTI (G.). — Acute duodenal dilatation from with sub-hepatique appendicitis case. (*Minerva Med.*, I, p. 79-82, 13 janv. 1931.)
- ALGLAVE (P.). — Le cæcum extra-péritonéal. (*Bull. Soc. Anat. de Paris*, LXXXVI, 1911, p. 142.)
- ANTOINE. — Contribution à l'étude des syndromes douloureux cæco-coliques droits. (1921, n° 47, 14 juin, *Gaz des Hôp.*)
- BASHAM. — Retro-cæcale appendicite. (*Tr. West. Surg. An.*, 1913-14, p. 277.)
- BERGASSE. — De l'appendicite rétro-cæcale. (*Soc. Méd. Chir.*, Drôme, 1908, p. 49.)
- BERNARDBEIG. — Sur l'appendicite rétro-cæcale et l'appendicectomie sous-séreuse. (*Soc. de Méd. de Toulouse*, 1925.)
- BÉRARD. — Sur la nécessité de l'ablation de l'appendice après la guérison d'un abcès appendiculaire. (*Société de Chirurgie de Lyon*, 1921.)
- BÉRARD et VIGNARD. — L'appendicectomie sous-séreuse à froid. (*Bull. Méd.*, 1913.)
- BONEILLE. — Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement des abcès péri-appendiculaires rétro-cæcaux. (*Thèse de Lille*, 1913.)
- BOPPE. — Quatre cas d'appendicite rétro-cæcale. (*Société Anatomique*, 10 mars 1923.)
- BLANC. — A propos de quelques cas d'appendicite sous-hépatique. (*Soc. de Chir. de Paris*, 23 avril 1926.)
- BALICE. — Contributio allo studio della sindrome appendico-renale. (*Gaz. des Osp.*, 49, 1.407-1.412, 4 novembre 1928.)
- BONNAL. — Appendicite haute simulant une vésicule. (*Bull. de Soc. de Chir. de Marseille*, juin 1929.)
- BODEN (A.). — Retro-cæcal cellulitis due to appendicitis (2 cas), (*Semana medica*, 1, pp. 927-931, 16 mars 1931.)

- BERTON. — Sub-hepatique appendicite. (*Riforma Med.*, 43, pp. 201-203, juin 1928.)
- BÉRARD. — Appendicite sous-hépatique d'emblée. (*Lyon Chirurg.*, 1920, XVI, p. 391.)
- BUISSON (M.). — Röntgen diagnosis of sub-hepatic cæco-appendiculaire ectopia cases. (*Minerva Med.*, 2, pp. 602-606, nov. 1931.)
- BRANET. — Traitement des abcès rétro-cæcaux. (*Lyon Médical*, 1898.)
- BOUVIER. — La forme hématurique du syndrome entero-rénal. (*Thèse de Paris*, 1924.)
- CERF. — Etranglement de l'appendicite dans la fossette rétro-cæcale. (*Anjou Médical*, 1902, p. 203.)
- CARTZ et KENDIRJY. — Abcès sous-phrénique appendiculaire. (*Revue de Gynécologie*, 1908.)
- CATHELIN. — Abcès lombaire. (*Presse Médicale*, 1898.)
- CIRIO (R.). — Appendicite et rein droit. (*Minerva Med.* n° 24, 28 janv. 1932.)
- CALLET. — Complications vésicales au cours de l'appendicite. (*Thèse de Paris*, 1912.)
- CALVE. — Syndrome appendiculo-hépatique. (*Revue Méd. Chir.*, 2, 434-441, oct. 1927.)
- COTTLE (C.-F.). — Appendix abscess and pyonephrosis. (*U. N. Nan. M. Bull.*, 25, pp. 900-903, oct. 1927.)
- DIAZ MUNOZ. — Renal ptosis and appendicitis differential diagnosis. (*Cron. Med. Mex.*, mai 1931, p. 223.)
- DOWELL. — Appendicitis simulating disease of right urinary tract. (*Pensylvania M. J.*, 32, août 1929.)
- DIEULAFOY. — Appendicite et cholecystite. (*Presse Médicale*, 1903.)
— Phlegmon périnéphrétique d'origine appendiculaire. (*Manuel de Pathologie interne*.)
- DODDS-PARKER. — Le sort de l'appendice d'après la forme. (*The Lancet*, 1912.)
- DURET. — Traitement des abcès rétro-cæcaux. (*Revue de Chirurgie*, 1897.)
- DUPRAZ. — Appendicite suppurée et pelvienne. (*Société de Chirurgie*, 1907.)
- DANIEL. — Appendicite calculeuse perforante rétro-cæcale. (*B. et Mém. de la Soc. Anat., Paris*, 1903.)
- EISENDRATH. — A clinical lecture on the retro-cæcal append. (*Internat. Clin. Philadelphie*, 1910, p. 90.)
- FILLIATRE. — Appendicite rétro-cæcale, 1923.
- FAYL. — L'hématurie dans les diverses formes d'appendicite. (*Thèse de Lyon*, 1913.)
- FONIS. — La valeur de la leucocytose dans l'appendicite au point

- de vue diagnostic et pronostic. (*S. Ch. Med. Woch.*, t. LV., n° 34, 25 août 1925.)
- GIORDANO (D.). — Appendicite et rein mobile. (*Riforma Med. Napoli*, 1919, xxxv, pp. 614-616.)
- GUERCHOUV (A.-J.). — Etude clinique des troubles vésicaux et rénaux au cours de l'appendicite. (*Thèse de Paris*, 1929.)
- GEORGES BACHY. — A propos des appendicites avec troubles urinaires. (*Société Nat. de Chirurgie*, séance du 28 mars 1930.)
- GLASSER (S.-T.). — Un descended cæcum, retro-hepatic append. vithe subacute appendicitis. (*J. Ann. inst. homeon*, 25, pp. 301-302, mars 1932.)
- GOIGNARD. — Traitement des abcès rétro-cæcaux. (*Lyon Méd.*, 1898.)
- GARDNER (W.-C.). — Incidence of retro-cæcal append. (*Cincinnati J. Med.* vi, 1925, 26, p. 182.)
- GEROTA (D.). — App. étude anatomique et clinique, 1 vol., 576 fig. 1929, Bucarest.
- GRINDA. — Traitement des abcès rétro-cæcaux. (*Presse Méd.*, 1897.)
- GUIDO-LERDA. — L'appendice iléo-cæcal ectopique. (*Presse Médicale*, 1912.)
- GUIBAL. — Abcès sous-phrénique. (*Revue de Chirurgie*, 1909.)
- GUGELOT. — Appendicite aiguë compliquée d'abcès R. C. ouverture dans la plevre, vomique. (*Echo Méd. du Nord*, 1911.)
- HUGBERECHTS. — Appendicite à type rétro-cæcal. (*Presse Médicale belge*, 1903, p. 297.)
- HEWITT. — Retro-cæcal appendicitis. (*J. Of. the Michigan Med. Society* (Gr. Rapids), p. 608, 1915.)
- HANDLEY. — Retro-cæcal appendicitis. (*Med. Press. and. Circ.*, 1915, p. 90.)
- HARTMANN et LEGRAND. — Appendicite rétro-cæcale méconnue. (*Soc. Anat.*, 1911.)
- HALL. — Retro-cæcal, retro-peritoneal appendicitis. (*Kansas City Med. Index Lancet*, 1906, p. 321.)
- HAZLETT. — Renal calculus simulating acute appendicitis. (*Pennsylvania M. J.*, mai 1930, p. 547.)
- HOCHENEGG. — Ueber appendicitis. (*Wien. Med. Wochenschr.*, t. 72, 1922.)
(*Wienerklin. Wochenschrift*, 1905.)
- HEITZ-BOYER. — Syndrome entero-rénal. (*Journal Médical Français*, 1922.)
- HUGUES (B.). — Appendicitis withe symptomes ressembling those of renal colique. (*Britisch. Med. Journal*, 31 janv. 1914.)
- JEAN (Roger). — Appendicite et psotitis. (*Presse Méd.*, 1901, 15 sept.)
- JACOBOWICZ. — Appendicite à type R. C. (*Bull. Med.* n° 38, sept. 1928, p. 963.)
- JAISSON. — La radiographie de l'appendicite. (*Revue Médicale de l'Est*, 1919.)

- KEMEDY (D.). — An anormal cæcum. (*Transcat. R. Acad. Med. Ireland*, xxx, 1915, p. 377.)
- KIRMISSON. — Appendicite rétro-cæcale. (*Rev. Internat. Med. et Chir.*, 1914, p. 161.)
- LAPENTA. — An unusual case of appendicitis R.C. associated with rare anatomical anomalies. (*Med. Record*, 1913, p. 260.)
- LAUENSTEIN. — Ein complication nach der operativen Behandlung der appendicitis retro-cæcalis. (*Verhand. d. Gesellsch. deutsch. Naturf. und aerzth.*, 1900, p. 116.)
- LERDA (C.). — L'appendice iléo-cæcal ectopique. (*Presse Méd.*, 1912, p. 36.)
- LOCKWOOD (C.-B.). — On abnormalities of the cæcum and colon. Edinburgh, 1884. (*J. of anatomie and physiol.*, 1891.)
- LEANT. — Appendicectomie secondaire après l'ouverture du phlegmon appendiculaire. (*Thèse de Toulouse*, 1922-23.)
- LEJARS. — Ectopie rénale et appendicite. (*La Semaine Médicale*, n° 18, 1914, p. 206.)
- LIERTZ. — Situation de l'appendice. (*Arch. fur. Klinische. Chir.*, 1909.)
- MAMONNAN. — L'opportunité de l'appendicectomie immédiate dans les cas d'appendicites suppurées. (*The Practitioners*, 1910.)
- MARAIS. — A propos de la technique opératoire dans le cas d'appendicite R.C. (*L'année médicale de Caen*, XLIII, n° 5, mai 1922, p. 103.)
- MARIAN. — Variabilité des rapports de l'appendice avec le cæcum. (*Bibliogr. Anat.*, 1900.)
- MEYER SARETI. — Traitement de l'appendicite R.C. (*Méd. Record*, 1921, p. 718.)
- MOOR. — The diagnosis of retro-cæcal appendicitis. (*Saint-Paul, M. J.*, 1916, p. 167.)
- MENÉE. — Appendicite rétro-cæcale et cholecystite. (*Presse Méd.*, 1909.)
- MAYER. — A rape ando simple aut hor of the extirpation of the adherant retro-cæcal append. (*Med. Record.*, 1921, p. 718.)
- MICHEL. — Hémorragie secondaire au cours d'un psoitis appendicul. (*Soc. Science Méd.*, 1913.)
- MICHON (E.). — A propos de rein droit et appendicite. (*Journ d'urol.*, t. xix, 1925, p. 550.)
- MOSTI (R.). — L'appendicite larvante à syndrome rénal et vésical. (*Gazzeta internaz di med. chir. e interessi profess.*, n° 7, 17 fév. 1912, pp. 158-162.)
- MUNOZ-ARENAS J.-M.J. — Symptom of retro-cæcal appendicitis, 6 cases (*Arch. de Med. Cirug. y especialit.*, 36, pp.133-142, 1933.)
- MANART (R.). — A propos de l'ouverture dans la vessie des abcès

- appendiculaires. (*Bul. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 20 déc. 1929, pp. 781-784.)
- MADRANGES. — A propos d'une observation d'app. rétro-cæcale. (*Presse Médicale*, 1923.)
- NIELSON I.A.-L.J. — Appendicitis and pyria. (*J. Jawa M. Soc.*, 22 juillet 1932, pp. 316-317.)
- MILLER (H.-T.). — Rein mobile pris pour une appendicite. (*The Médical Journal*, 3 mais 1898.)
- NEATHERY (E.-J.). — Diagnostic of retro-cæcal appendicitis. (*Dallas Med. Journ.*, septembre 1927, p. 148.)
- NANCRIDE. — Appendicite suppurée rétro-cæcale. (*Medical News.*, t. 52, 188, p. 570.)
- NOVÉ-JOSSERAND. — Contribution à l'étude de l'hématurie au cours des diverses formes d'appendicites. (*Journal d'Urologie*, février 1914.)
- OSTROM. — The retro-cæcal append. (*H. American J. Homeop.*, New-York, 1907, p. 214.)
- PARAMADORE (R.-H.). — Two uncommon cases of retro-cæcales appendicitis. (*Clin. Journ.*, LIII, 1924, p. 397.)
- PELLOT. — A propos des append. aiguës rétro-cæcales. (*Arch. Méd. Chir. Province*, 1926, p. 282.)
- PARISOT. — Incision sus-iliaque dans certaines formes de l'app. (Paris, 1922.)
- PERAIRE. — Appendice anormal de l'appendice iléo-cæcal. (*Paris Chir.*, IV, 1912, p. 64.)
- PIERI. — Appendicite rétro-cæcale. (*Paris Médical*, 1923.)
- PACKARD (C.-B.). — Genito-urinary symptoms in acute appendicitis. (*Colorado Med.*, 25, p. 172-173, j. 1928.)
- REVEL. — Adéno-phlegmon chronique R. cæco-colique d'origine appendiculaire. (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. de Paris*, 1924, p. 544.)
- RICHE, FAYOT et Mlle SOULAS. — Etranglement de l'appendicite dans une fossette rétro-cæcale. (*Soc. de Sc. Méd. et Biol. de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, 17 janvier 1930.)
- RODRIGUCZ (Gomez). — Appendicites simulando un tumor renal. (*Arch. latino am. de pediatrio*, Buenos-Aires, 2° série, XVI, 1922, p. 150.)
- REID (D.-G.). — Notes on the retrocolic fossa splenic process. of peritoneum and bloodless fold of treves. (*J. of Anat. and physiol.*, vol. 47, 1912.)
- STERN. — Appendicitis retro-cæca abcess nich. op. nito the cæcum. (Saint-Petersbourg, 1900, p. 862.)
- STERNAR. — La position rétro-cæcale del appendice. (*Arch. de la Soc. estud. clin. de la Habana*, 1915, p. 64.)
- SORETI. — R. C. traumatic appendicites. (*Med. Record.*, 1921.)

- SMITH (C.-M.). — A statistical review of the variation in the anatomic position of the cæcum and the processus vermiformis. (*Annat. Record*, v, 1911, p. 549.)
- SPPRIGGS. — Examen radiolog. de l'appendice. (*Arch. of radiol. and electr.*, 1919.)
- SWEEK (W.-D.), FRENCH (G.-C.). — Ureteral stone simulating acute appendicitis case. (*Southwestern Med.* 14, pp. 582, 583, déc. 1930.)
- SCHEFFLAAR KLOTS. — Acute infection of retro-cæcal append. (*Geneesk. Gids Gravenhage*, 27 mai 1927, pp. 481-488.)
- STEELE (G.-H.). — *Clinical Journal London*, 1928, July 25.
- TAISTIVINT. — Abscès sous-phrénique. (*Thèse de Paris*, 1908.)
- THOMAS. — Retro peritoneal append. (*Trans. Phila. Acad. Surg.*, 1918-1919.)
- TUSS (Au. M.). — Appendicite sous-hépatique. (*Rev. Méd. Chirurg.*, nov. 1926.)
- TANSINI (I.). — Sub-hepatic appendicitis cases. (*Gazz. d. asp.*, 50. 1, p. 3, j. 1929.)
- THAYER. — Appendice iléo-cæcal s'ouvrant dans l'intestin grêle. (*Bull. Soc. Anat. de Paris*, LXVIII, 1893, p. 205.)
- TRIPPIER et FAVIOT. — Péritonite sous-hépatique. (1 vol., coll. Leauté.)
- VALLÉE. — Situation de l'appendice chez l'enfant. (*Thèse de Paris*, 1900.)
- VAUVERTS. — De la voie d'accès dans l'abcès rétro-cæcum d'origine appendiculaire. (*L'Echo Méd. du Nord*, 7 décembre 1913.)
- VAUTRIN. — Appendicites anormales. (*Rev. Gynécologie*, 1898.)
- VAU et DUVERGER. — Tendance à la guérison spontanée des larges pustules stercorales dans l'appendicite rétro-cæcale. (*Arch. Méd. Enfants*, 1908.)
- VIVES-PASQUIER. — A propos d'une appendicite rétro-cæcale perforée à signes frustes. (*Soc. de Méd. mil. franç.*, *Bull. Mens.*, 27, pp. 14-17, févr. 1933.)
- WALTER. — Rapport sur un cas de pyélonéphrite appendiculaire. (*Société de Chirurgie de Paris*, 1914, 15 juillet.)
- WAKELEY (G.-P.-C.). — Position as ascertained by analysis of 10.000 cases. (*J. Anat.* 67, pp. 277-283, j. 1933.)
- WERWATH. — Dystopic (sub-phrenic) appendiceal abscess masked as sub-phrenic abscess case. (*Zentralblatt für Chir.*, 57, page 27, 31 janv. 1931.)

TABLE DES MATIERES

Avant-Propos.	7
Introd̄uction	9
Historique.	11
CHAPITRE PREMIER. — <i>Anatomie</i>	14
D̄veloppement de l'appendice vermiculaire.	14
Situation et direction.	15
A) Suivant la position du c̄cum.	15
B) Situation de l'appendice par rapport au c̄cum.	19
Le p̄ritoine c̄co-appendiculaire et leurs moyens de fixit̄s.	24
La disposition anatomique de l'arrīere cavit̄ du c̄co- colon ascendant dans l'appendice r̄tro-c̄cale.	28
Communication de l'appendice r̄tro-c̄cal avec le tissu cellulaire sous-p̄riton̄al.	29
Rapport anatomique de l'appendice avec le rein et l'ur̄t̄re droit et le foie.	30
CHAPITRE II. — <i>Anatomie pathologique</i>	34
Les phases inflammatoires et suppuratives.	34
I. — Les suppurations r̄tro-c̄co-coliqū intra-p̄rito- n̄ales et ses migrations.	37
II. — Les suppurations extra-p̄riton̄ales par la propa- gation directe ou indirecte.	42
La psōitis appendiculaire.	43
IV. — L'emp̄tement profond.	62
V. — Les signes divers.	62
Le phlegmon p̄rin̄phr̄tique.	44
D'autres phlegmons r̄tro-p̄riton̄aux.	45
CHAPITRE III. — <i>Etiologie et Pathoḡnie</i>	47
Fr̄quence. Age et sexe.	48
I. — La disposition r̄tro-c̄cale conḡnitale.	49
II. — La disposition r̄tro-c̄cale acquise.	50
Les causes d'inflammation de l'appendice r̄tro- c̄cal.	52
CHAPITRE IV. — <i>Symptomatologie</i>	55
I. — La douleur.	55
II. — L'absence ou att̄nuation de r̄action p̄riton̄ale.	58
III. — La contracture musculaire et psōitis appendi- culaire.	60

CHAPITRE V. — <i>Formes cliniques</i>	64
A) <i>L'appendicite rétro-cæcale aiguë à forme simple</i>	65
I. — L'appendicite rétro-cæcale aiguë à symptomatologie antérieure ou iliaque.....	65
II. — L'appendicite rétro-cæcale et sous-hépatique aiguë à symptomatologie haute avec ou sans symptômes lombaires.....	65
III. — L'appendicite rétro-cæcale aiguë à symptomatologie prédominante lombaire ou abdominale.....	67
IV. — L'appendicite rétro-cæcale aiguë à symptomatologie abdomino-lombaire à forme urinaire.....	69
a) Douleur lombaire	70
b) Hématurie	71
c) La pyurie et bactériurie	73
B) <i>L'appendicite rétro-cæcale aiguë évoluant vers l'abcès</i>	74
I. Les suppurations intra-péritonéales.....	75
1° Forme aiguë ou subaiguë de l'appendicite rétro-cæcale avec abcès enkysté.....	75
2° Forme aiguë de l'appendicite rétro-cæcale avec allure de péritonite généralisée.....	78
II. — Les suppurations extra-péritonéales.....	80
1° Phlegmon iléo-lombaire sous-péritonéal.....	81
2° Iléo-psoïtis appendiculaire.....	82
CHAPITRE VI. — <i>Evolution et complications</i>	85
A) Les complications d'ordre vasculaire.....	85
B) Les complications d'ordre suppuratif.....	87
C) Les complications infectieuses et toxiques.....	85
D) Les complications d'ordre mécanique.....	98
CHAPITRE VII. — <i>Pronostic de l'appendicite rétro-cæcale aiguë</i>	101
CHAPITRE VIII. — <i>Diagnostic</i>	103
I. <i>Différentiel</i> . — A) Diagnostic différentiel dans la forme simple.....	103
1° Etage pelvien et iléo-cæcal.....	104
2° Etage du carrefour ou hépato-colique.....	105
3° Etage moyen ou réno-utéro-colique.....	108
avec: a) colique néphrétique.....	109
b) néphralgie avec ou sans hématurie.....	111
c) crise de pyélonéphrite simple.....	111
d) lumbago	112
B) Diagnostic différentiel de l'appendicite rétro-cæcale aiguë dans sa forme compliquée avec abcès ou masse perceptible.....	114
I) Etage pelvien.....	114
II) Etage du carrefour.....	115
III) Etage réno-urétéro-colique.....	118
avec: 1) Phlegmon périnéphrétique.....	119

avec:	2) Pyélonéphrite avec distension.....	123
avec:	3) Hydronéphrose.	123
avec:	4) Piose rénale.	125
IV. —	Les affections du cæco-colon avec une masse perceptible.	127
II. <i>Les signes positifs</i> .		128
A) Clinique.		128
1) Les symptômes.		128
2) Dissociation des températures recto-axillaires..		128
3) Le signe du phrénique.....		130
4) La dilatation active de la pupille.....		130
B) Laboratoires.		131
Examen du sang.....		131
Modifications des urines.....		131
Radiologie.		132
CHAPITRE IX. — <i>Traitement</i>		133
A) Médical ou traitement d'attente.....		134
B) Chirurgical.		135
1) Indications opératoires.....		136
2) Les voies d'accès.....		137
La voie abdominale.....		138
La voie lombaire.....		146
3) Quelques points de technique.....		142
Cæcum extériorisable.....		142
Cæcum inextériorisable.....		141
C) Le drainage après l'appendicectomie.....		149
CHAPITRE X. — <i>Les observations</i>		150
Conclusions.		163
Bibliographie.		173

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre:

« Symptômes lombaires de l'appendicite rétro-cæcale aiguë »,

par Karime DJAMCHIDI

Montpellier, le 5 juillet 1935.

le Doyen,

EUZIERE

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 5 juillet 1935.

Le Professeur,

MASSABUAU.

Montpellier, le 6 juillet 1935.

TAILLIART.

